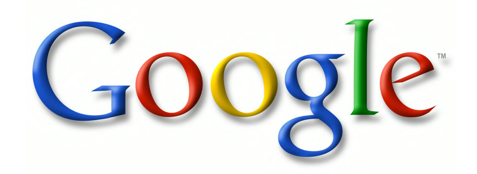
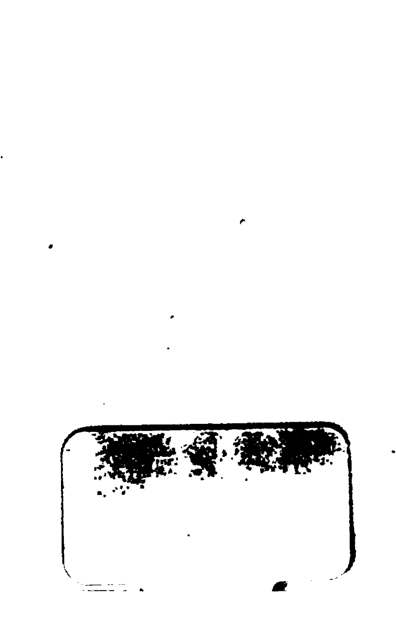




Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

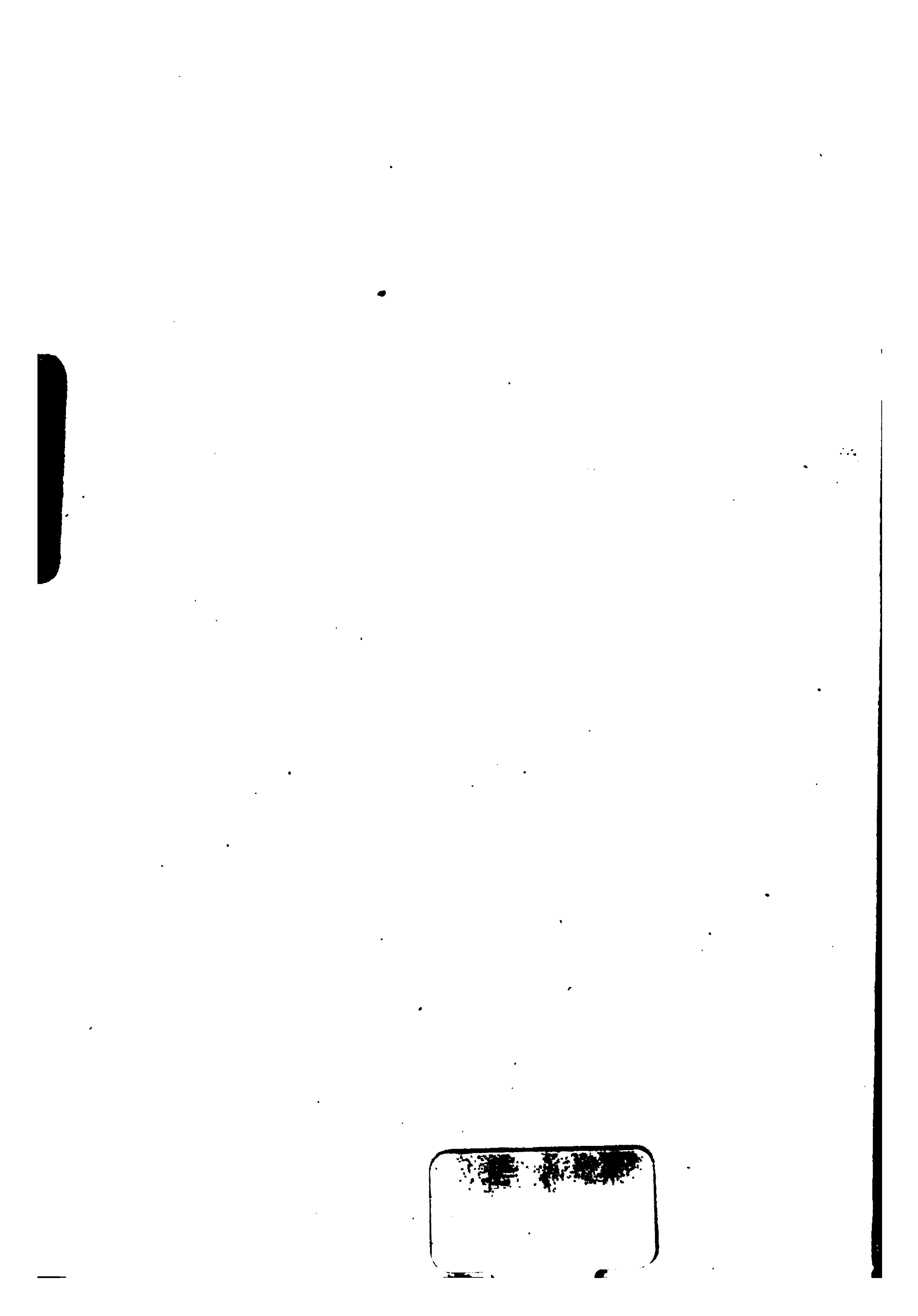
herausgegeben

von

Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.
1903.



Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.
1903.

Originalmitteilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen.)

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

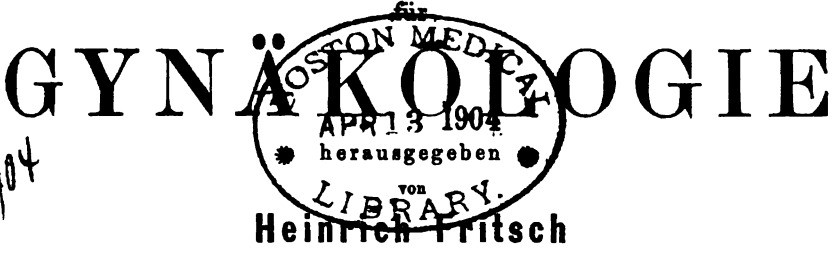
Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. Sonnabend, den 3. Januar. 1903.



Inhalt.

I.

Zum Problem der geschlechtsbestimmenden Ursachen.

Von

B. S. Schultze in Jena.

Die Idee des Wiener Embryologen Schenk, durch Beeinflussung des Stoffwechsels der Frau auf das Geschlecht der von ihr zu zeugenden Kinder bestimmend einzuwirken, hat, soviel ich sehe, von keiner Seite Beifall gefunden. Weder die dem Plan zugrunde liegenden Erwägungen waren ausreichend wissenschaftlich begründet, noch haben die Resultate der geplanten Absicht entsprochen.

Aber die seit Urzeiten erörterte Frage, warum im einen Falle männliches, im anderen weibliches Geschlecht sich entwickelt, ist durch Schenk wieder angeregt worden. Mir liegen zwei neue Arbeiten über die Frage vor, die zu Schlußfolgerungen führen, welche einander widersprechen, und welche in ihrem ausschließenden Teil beide meines Erachtens irrtümlich sind. Döderlein[1] meint, die Annahme, daß das menschliche Ei schon vor der Befruchtung Geschlechtscharakter

[1] Döderlein, Über Entstehung und willkürliche Bestimmung des Geschlechts in »Deutsche Revue« 1902.

habe, ließe sich nicht aufrecht halten gegenüber der statistisch ermittelten Tatsache, daß der im Verhältnis zur Frau ältere Mann mehr Knaben als Mädchen zeugt, als dem allgemeinen Geschlechtsverhältnis entspricht. Lenhossék[2] verteidigt den Geschlechtscharakter des Eierstockeies und verneint jeden Einfluß von Seiten des Mannes auf das Geschlecht der Kinder.

Ich habe schon 1855 mich dahin ausgesprochen, daß im Eierstocksei die Bedingungen gegeben sind zur Entwicklung entweder des einen oder des anderen Geschlechts. In meiner Arbeit über anomale Duplizität der Axenorgane[3] sage ich p. 521: »Alle in gemeinsamen Chorien eingeschlossenen Zwillinge waren gleichen Geschlechts, ebenso wie jedes Doppelmonstrum nur eines Geschlechts ist. Die widersprechend berichteten Fälle erwiesen sich stets, wenn genauere Untersuchung stattfand, als irrtümlich, die scheinbare Geschlechtsverschiedenheit reduzierte sich auf eine Hemmungsbildung der Genitalien. Wenn wir dazunehmen, daß wirklicher Hermaphroditismus (gleichzeitige Anwesenheit männlicher und weiblicher keimbereitender Organe in demselben Individuum) beim Menschen bis jetzt nie, bei anderen Säugetieren nur vielleicht in äußerst seltenen Fällen beobachtet worden ist, so ergibt sich daraus die wichtige Tatsache, daß in einem Säugetierei stets nur ein Geschlecht, entweder männliches oder weibliches zur Entwicklung kommen kann. Es steht ferner fest, daß nach gleichzeitiger Befruchtung mehrerer Eier Embryonen verschiedenen Geschlechts in denselben sich entwickeln können und wird dadurch wahrscheinlich, daß im männlichen Samen die Bedingung des Geschlechts nicht liege, vielmehr dürfen wir hiernach annehmen, daß bereits im Eierstocksei die Bedingungen zur Entwicklung entweder des einen oder des anderen Geschlechts gegeben seien.«

Den alten Vorstellungen, daß der eine Eierstock männliche, der andere weibliche Eier, daß der eine Hode männlichen, der andere weiblichen Samen enthalte, hängt heute niemand mehr an. Der tatsächlichen Widerlegungen sind zu viele. Aus einem Eierstock nach Exstirpation des anderen, von einem Hoden nach Exstirpation des anderen sind oft genug Knaben und auch Mädchen erzeugt worden.

Auch die Ansicht, daß so lange am Embryo Geschlechtscharaktere nicht aufzufinden sind (beim menschlichen etwa bis zur 6. oder 7. Woche), daß bis dahin die Möglichkeit für den Embryo offen stände, entweder dem einen oder dem anderen Geschlecht anzugehören, auch diese Ansicht zählt wohl keine Anhänger mehr. Es wäre übrigens, wie Döderlein mit Recht bemerkt, mit der Annahme, daß der im Uterus sich bereits entwickelnde Embryo noch geschlecht-

---

[2] v. Lenhossék, Das Problem der geschlechtsbestimmenden Ursachen. Jena, Gustav Fischer, 1903.

[3] Bernhard Schultze, Über anomale Duplizität der Axenorgane. Virchow's Archiv für pathol. Anatomie Bd. VII. p. 479.

los sei, ausgeschlossen, daß von seiten des Vaters irgend eine Beteiligung am Geschlechtscharakter der Nachkommenschaft stattfände.

Daß solche stattfindet, dafür sprechen mit großer Bestimmtheit statistisch ermittelte Tatsachen. Je älter der Vater im Vergleich zur Mutter, desto mehr überwiegt der Knabenüberschuß das mittlere Verhältnis der Geschlechter (Hofacker, Sadler u. a.). Eine von Pferde- und Rindviehzüchtern festgestellte Tatsache ist ferner die, daß das stärker in Anspruch genommene männliche Zuchttier, das etwa 60 und mehr Fohlen oder Kälber im Jahre zu zeugen veranlaßt wird, verhältnismäßig mehr männliche Fohlen oder Kälber zeugt als ein anderer Hengst oder Stier, der nur 20 oder 30 weibliche Tiere in gleicher Zeit zu befruchten hatte.

Döderlein folgert aus ersterer Tatsache, daß es nicht zulässig sei, anzunehmen, daß das Ei von Haus aus geschlechtlich veranlagt sei, »sonst würde ja selbstverständlich das Altersverhältnis der Erzeuger an der Geschlechtsbildung keinen Anteil nehmen können«. An der Geschlechtsbildung gewiß nicht, wohl aber am Geschlechtsverhältnis der Geborenen. Es wäre doch möglich, daß der Same des älteren Mannes in höherem Grade geeignet wäre, männliche Eier zu befruchten als weibliche. Wir wissen ja nicht, ob es so ist, aber ich halte es für wichtig, festzustellen, daß die von Hofacker und Sadler ermittelten Tatsachen eine Widerlegung der Annahme nicht enthalten, daß das Ei schon im Eierstock sein Geschlecht hat.

Lenhossék spricht sich namentlich auf Grund eingehend erörterter biologischer Analogien und auf Grund der Geschlechtsgleichheit der eineiigen Zwillinge für den Geschlechtscharakter des Eierstockeies aus. Er sagt am Schluß seiner Abhandlung: »Die wissenschaftliche Forschung hat, wie wir dargelegt haben, ... mit großer Wahrscheinlichkeit die Erkenntnis einer grundlegenden Tatsache gezeitigt, der Tatsache, daß im Tierreiche die Bestimmung des Geschlechtes ein Vorrecht des mütterlichen Organismus ist, und daß diese Bestimmung schon vor der Befruchtung im Ei vollzogen r-scheint.«

Und p. 55 sagt er: »So muß sich denn das männliche Geschlecht mit dem Gedanken abfinden, daß ihm jeder direkte Einfluß auf die Bestimmung des Geschlechtes vorenthalten, und daß diese Bestimmung ausschließlich dem Organismus des weiblichen Individuums überlassen ist.« (Die Möglichkeit eines indirekten Einflusses gibt er nur insofern zu, als zum Beispiel die Eigenschaft, vorwiegend Knaben zu zeugen, durch den Sohn auf die Enkelin übertragen werden könne.) Die Hofacker-Sadler'schen statistischen Ermittelungen — er nennt sie Annahmen, Hypothesen — gelten ihm als widerlegt. Mir gelten sie als Tatsachen so gut wie die genannten Erfolge der Züchtung.

Der scheinbare Widerspruch zwischen diesen Tatsachen und der Annahme vom Geschlechtscharakter des Eierstockeies schwindet, wenn wir annehmen, daß das Sperma des älteren Mannes die männlichen Eier der jüngeren Frau zu befruchten mehr geeignet ist als die

weiblichen, daß die frisch aus dem Testikel kommenden jungen Spermafäden des viel in Anspruch genommenen Zuchthengstes mit mehr Erfolg die männlichen Eier der Stute aufsuchen als die weiblichen.

Oder drücken wir die Hypothese so aus: Die den Eierstock der jüngeren Frau verlassenden männlichen Eier üben mehr Anziehung als die weiblichen auf die Spermafäden des älteren Mannes. Die männlichen Eier der Stute sind den frisch aus dem Testikel kommenden Spermafäden des Zuchthengstes zugänglicher als die weiblichen, die weiblichen durchschnittlich zugänglicher für die Spermafäden, welche in den männlichen Organen fertig gebildet schon länger verweilten.

Soviel steht fest: die Tatsache, daß auch Eigenschaften des Erzeugers Einfluß üben auf die Verhältniszahl der erzeugten männlichen und weiblichen Sprößlinge, ist nicht imstande, die Annahme zu erschüttern, daß schon im Eierstock jedes Ei sein Geschlecht hat.

II.

(Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Breslau.)

Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft?

Von

Otto Küstner.

Daß ein Uterus, welcher einmal eine penetrierende Verletzung erlitten hat, besonders bei später eintretender Schwangerschaft eine hohe Disposition zum Zerreißen zeigt, ist eine durch die Erfahrung aus alter und neuer Zeit sattsam gestützte Annahme. Relativ groß ist die einschlägige Kasuistik über Kaiserschnittnarben, welche entweder selbst bei späterer Gravidität platzten oder den Uterus in ihrer unmittelbaren Nähe zum Platzen brachten. Kleiner aus naheliegenden Gründen ist unsere Erfahrung, inwieweit Uterusruptur eine erhöhte Disposition zum Zerreißen bei späterer Gravidität abgibt. Um so dankenswerter erscheint die Publikation H. Peham's aus Chrobak's Klinik (Zentralblatt 1892 Nr. 4), in welcher 3 einschlägige Fälle mitgeteilt werden. Es fragt sich, inwieweit diese Erfahrungen unser therapeutisches Verhalten beeinflussen sollen, und ob sie gegenüber der ebenfalls konstatierten Tatsache, daß ein Uterus nach einer erlittenen Verletzung dem mechanischen Insult einer späteren Schwangerschaft und einer späteren Geburt standhält, ausreichend sind, einen größeren Eingriff zur Abwendung der Zerreißungsgefahr zu rechtfertigen.

Fall 1. Frau H. D., 30 Jahre alt, aus Breslau, hat erst mit 4 Jahren gehen gelernt, hat 6mal geboren, stets spontan, alle Kinder mit Ausnahme des ersten seien klein gewesen. 3 Kinder sind am Leben. Am 30. Oktober 1900 beginnt

Frau H. D. am Ende ihrer 7. Schwangerschaft zu kreißen. Nachdem am 31. Oktober nachmittags 5 Uhr wegen mangelnden Fortschrittes der Geburt von der Hebamme die Blase gesprengt war, wird am 1. November die poliklinische Hilfe in Anspruch genommen. Enges Becken. Conj. vera 7 cm. Querdurchmesser mutmaßlich nicht wesentlich verengt. Muttermund nahezu völlig erweitert. Cervix stark gedehnt, Kontraktionsring fast in Nabelhöhe. Kind in I. Vorderscheitelbeineinstellung. Herztöne normal. Überführung der Kreißenden nach Applikation einer Spritze Morphium in die Klinik am Morgen des 1. November. Trotz guter Wehen wird ein Fortgang der Geburt nicht beobachtet, die Cervixdehnung wird immer bedeutender, auf der linken Seite scheint die Wand ganz besonders verdünnt. Der innere Muttermund (Kontraktionsring) ist noch höher gerückt. Um Mittag faßt die gedehnte Cervix nicht nur den Kopf, sondern auch die oberen Thoraxpartien des Kindes; pathologische Beschleunigung der fötalen Herztöne, Abgang von breiigem Mekonium mit Luftblasen gemischt. Tympanitischer Perkussionsschall auf dem Fundus uteri. Schnell zunehmende Verschlechterung des Befindens der Kreißenden; Steigerung der Pulsfrequenz auf 150—160, Steigerung der Temperatur auf 38,1.

Perforation des sterbenden Kindes mittels Pajot's Perforatorium, Extraktion mit dem Kranioklast. Gewicht des männlichen Kindes ohne Hirn 3210 g. Nach der Geburt des Kindes Beschleunigung der Placentaaustreibung durch Credé'schen Handgriff. Die Untersuchung per vaginam ergibt links in der Cervix (unterem Uterussegment) eine umfängliche, querverlaufende Verletzung. Ob dieselbe in das Peritoneum penetriert, ist nicht festzustellen. Jedenfalls besteht keine besorgniserregende Blutung.

Eisblase auf den Leib. In den ersten Tagen sehr reichliche blutige Lochien; Temperatur bis zum 3. Tage subnormal, am 5. fieberhaft. Pulsfrequenz bis zum 6. Tage sehr hoch (bis 150). Am 2. Tage Erbrechen und Meteorismus. Erster Stuhlgang mit Nachhilfe am 8. Tage. Urin ohne Besonderheiten. Bis zum 8. Tage bleiben die Lochien blutig; vom 6. Tage an nahezu ungestörter Verlauf.

Bei der Entlassung kann man noch links neben der zerklüfteten Portio, von welcher Narbenzüge auch in das rechte Scheidengewölbe ausstrahlen, eine dem Finger zugängliche, in das linke Parametrium führende tiefe Höhle tasten.

Nach der Entlassung nimmt Frau D. die Poliklinik noch kurze Zeit in Anspruch, weil sie bemerkt zu haben glaubt, daß nach der Entlassungsuntersuchung Urin spontan ablaufe, während sie auch in der Lage ist, ihn willkürlich zu lassen. Dieser Zustand macht dem völlig normalen nach wenigen Tagen ohne Intervention irgend welcher Therapie Platz.

Daß es sich um eine schwere Verletzung der Cervix (unteres Uterussegment) gehandelt hat, konnte auf Grund der Beobachtung während, unmittelbar nach der Geburt und während des Wochenbettes als erwiesen gelten; fraglich blieb, ob das Peritoneum in größerer Ausdehnung mitverletzt war, oder nicht. Unter allen Umständen wurde Frau D. angewiesen, bei der eventuellen nächsten Gravidität sich schon vor Wehenbeginn zwecks Vornahme der Sectio caesarea in der Klinik vorzustellen.

Sie wurde von dem Wehenbeginn überrascht und kommt erst nach Fruchtwasserabfluß am 20. Februar 1902 in die Klinik. Die letzten Menses waren Anfang Mai 1901 gewesen, das Kind lag in II. Querlage. Eine vaginale Untersuchung der Kreißenden hat außerhalb nicht stattgefunden.

Sectio caesarea morgens 8 Uhr. Uterus wird nicht vorgewölbt, sondern wie ich das schon seit längerer Zeit tue, in situ sagittal eingeschnitten. Geringe Blutung. Im Fruchtsack sehr viel breiiges Mekonium, Placenta an der hinteren Wand; Uterus mit Katgut mehrschichtig genäht, Exzision beider Tuben, Einzelunterbindung der spritzenden Gefäße, fortlaufende Peritonealnaht. Das Kind war bleich, asphyktisch, wies mittlere Maß- und Gewichtsverhältnisse auf, hatte Spina bifida lumbalis mäßigen Grades und 2 hochgradige Klumpfüße.

Die Konvaleszenz der Frau D. verlief ohne Störung. Die Temperatur überschritt 5mal 38° um wenige Zehntel. Am 14. Tage wurden die Bauchnähte entfernt, am 24. Mutter und Kind gesund aus der Klinik entlassen.

Fall 2. Frau E. L., will rechtzeitig gehen gelernt haben, hat 5mal geboren, bei der ersten Geburt war der Arzt zugegen, bei der dritten und vierten wurde die Wendung gemacht.

Am 23. Juli 1900 kommt sie, nachdem die Wehen seit tags vorher bestehen und die Hebamme wegen Querlage einen Arzt hat rufen lassen, auf dessen Anordnung in die Klinik. Dazu hatte es einer Wagenfahrt von über einer Stunde bedurft. Bei der Ankunft wird konstatiert: Nabelschnur in großer pulsloser Schlinge vorgefallen, Kind und Placenta in der Bauchhöhle. Entfernung beider durch den großen vorn gelegenen Querriß des Uterus.

Laparotomie nachdem festgestellt, daß die Blase intakt ist. In der Bauchhöhle sehr reichliches Blut, Fruchtwasser und Mekonium. Vorn über den Blasenscheitel läuft ein großer Querriß in der Cervix (unterem Uterinsegment), welcher beide Ligamenta rotunda durchsetzt. Sorgfältige schichtenweise Naht dieses Risses mit Katgut. Ausgiebige Ausspülung des Abdomen mit Kochsalzlösung, ausgiebige Gazedrainage nach der Bauchwunde zu. Konvaleszenz ohne nennenswerte Störung. Die Temperatur überschritt 38 einige Male um einige Zehntel, erreichte 39 nie. Entlassung am 36. Tage nach der Operation mit der Weisung, sich bei wieder eingetretener Schwangerschaft noch vor Wehenbeginn zum Kaiserschnitt in der Klinik vorstellen zu sollen.

Vor der Entlassung wurde konstatiert, daß das Becken mäßig geradverengt war — Conj. vera 9 cm, Querdurchmesser nicht verengt.

Am 22. März 1902 tritt Frau L. in die Anstalt ein, am 5. Mai wird am berechneten Ende der Gravidität, ohne daß der Eintritt der Geburtswehen abgewartet wird, die Sectio caesarea gemacht. Technik wie im beschriebenen Falle, Placenta an der vorderen Wand in ganzer Ausdehnung getroffen. An Stelle der früheren Uterusruptur finden sich zahlreiche peritonitische Stränge und Segel, so daß eine eigentliche Narbe nicht zu sehen ist. Exzision der Tuben, Einzelunterbindung der Gefäße, Peritonealnähte. Uterus- und Bauchdeckennaht wie im vorigen Falle. Kind apnoisch, atmet nach reichlich einer Minute, schreit etwas später, wiegt 3460 g, ist weiblich.

Die Konvaleszenz war durch eine nicht unbedeutende Pneumonie im linken Oberlappen gestört. Auch war in der Bauchnaht im Bereiche von 1—2 Suturen eine Dehiszenz aufgetreten, welche sich erst durch Granulationen schloß. Doch konnte Pat. am 9. Juni beschwerdefrei und gesund mit Kind entlassen werden.

Daß in dem 2. Falle, in welchem die vor ca. 2 Jahren stattgehabte Uterusruptur die ganze eine Hälfte des Organs von dem unteren Cervixsegment abgetrennt hatte, in hohem Maße die Gefahr einer erneuten Ruptur bestand, ist wohl ohne weiteres ersichtlich.

Für den ersten Fall könnte es im Hinblick darauf fraglich erscheinen, als ja nicht mit absoluter Gewißheit konstatiert war, daß es sich um eine penetrierende Ruptur gehandelt hat. Mit Sicherheit war hier nur festgestellt worden, daß eine, und zwar sehr umfängliche Querruptur des unteren Segmentes, welche die ganze Muskulatur dieses Organteiles durchsetzte, vorlag.

Und doch liegt in der Zerreißung der Muskulatur das für unsere Fragestellung Entscheidende. Ob ein Riß penetriert oder nicht, ist für den unmittelbaren Ausgang, für die Gefährlichkeit des Risses von hoher Bedeutung. Auf die Dignität der nachher entstehenden Narbe hat es wenig Einfluß. Wird doch derjenige Teil des Uterus in beiden Fällen zerrissen, welcher bei einer späteren Schwangerschaft, noch viel mehr bei der Geburt die hauptsächlichste Dehnung auszuhalten hat, es kann von unübersehbaren

Zufälligkeiten abhängen, ob bei einem wiederholten Riß bloß die Muskulatur oder die Muskulatur und das Peritoneum auseinander weichen.

Will man in einem Falle mit der Sectio caesarea dem Wiedereintreten einer Uterusruptur vorbeugen, so muß man sich dessen bewußt sein, daß die Indikation keineswegs unter den absoluten rangiert. Die Geburt kann ja auch verlaufen, ohne daß sich wieder eine Uterusruptur ereignet. Man will nicht eine große Gefahr, sondern nur die Eventualität einer solchen vermeiden, das eingeleitete Verfahren darf also nicht dasselbe Risiko für die Frau bedeuten, als die Eventualität einer Uterusruptur. Das heißt, man darf nur ganz reine Fälle aus dieser Indikationsstellung dem Kaiserschnitt unterziehen; die Kreißende darf vorher nicht mit fragwürdigen Fingern vaginal untersucht worden sein; am besten ist es, sie ist vorher überhaupt nicht vaginal untersucht worden. Das traf für unsere beiden Fälle zu, deswegen glaubte ich die Sectio caesarea für indiziert halten zu dürfen.

Sollte aber über die gegebene Einschränkung auf nur »reine« Geburtsfälle hinaus die Indikationsstellung eine Erweiterung erfahren, und sollten auch Fälle der Sectio caesarea entfallen, welche nicht als ganz rein gelten können, in welchen also suspekte vaginale Untersuchungen stattgefunden haben, so würde der Porro mit extraperitonealer Stumpflagerung notwendig sein und zugleich einer weiteren naheliegenden prophylaktischen Forderung entsprechen.

Daß man nämlich bei Gelegenheit der Sectio caesarea dafür Sorge trägt, daß weiterhin die Frauen vor Uterusruptur wie vor Sectio caesarea sichergestellt werden, mag wohl im Prinzip als Regel aufgestellt werden können. Deswegen exzidierte ich in beiden Fällen die Tuben und verschloß die geöffnete Einmündungsstelle der Tuben in den Uterus durch eine sorgfältige Peritonealübernähung.

Nicht ohne weiteres möchte ich von der Hand weisen, daß man gelegentlich in einer überstandenen Uterusruptur die Indikation für künstlichen Abort erblicken mag. Doch ist immer zu bedenken, daß die Schwangerschaft an sich, selbst die vorgerückte, einen Narbenuterus zwar ebenfalls schwer gefährden kann, es aber bei weitem nicht in demselben Maße tut, wie die Geburt. Liegt doch die Narbe der Uterusruptur vorwiegend oder ausschließlich im unteren Segment, also in dem Teile, welcher durch die Schwangerschaftsausdehnung noch weniger, in weit erhöhtem Maße dagegen durch die Geburt gedehnt und strapaziert wird. Und das besonders bei denjenigen Frauen, welche ein großes Kontingent für die Uterusruptur stellen, also bei denen mit engem Becken.

Die künstliche Frühgeburt aber kann wohl kaum als ein Verfahren in Betracht kommen, durch welches man die Gefahr einer erneuten Ruptur wirkungsvoll und zielbewußt vorbeugt, wenn auch z. B. in dem ersten Peham'schen Falle von wiederholter Ruptur zwischen den beiden Rupturen eine gefahrlos spontan eingetretene

und verlaufene Frühgeburt im 7. Lunarmonate liegt. Wenn man, wie es an meiner Klinik seit 8 Jahren prinzipiell geschieht, die künstliche Frühgeburt mittels Hystereuryse (Tokokinese, vgl. Allg. med. Zentralzeitung 1902 Nr. 27) einleitet, so würde ich in der Applikation der Kautschukblase doch wohl ein Moment erblicken müssen, welches das widerstandsschwache untere Segment auf eine Dehnungsprobe stellt, welcher es eben nicht gewachsen ist. In beiden beschriebenen Fällen handelte es sich um enges Becken; das eine (Fall 1) hätte an sich die künstliche Frühgeburt in der 36. Woche, das andere (Fall 2) die Einleitung der Geburt am berechneten Termin behufs Vermeidung der Übertragung indiziert. Kontraindiziert war in beiden Fällen die Einleitung der Geburt aus angegebenen Gründen in noch höherem Maße, als das Abwarten der spontan eintretenden Geburt kontraindiziert war.

III.

Über die Vorzüge der Äthernarkose[1].

Von

J. Pfannenstiel.

Die Betäubung, welche wir mit der Inhalationsnarkose anstreben, bedeutet unter allen Umständen eine vorübergehende Vergiftung des betreffenden Individuums. Es ist daher klar, daß wir den Menschen, den wir aus irgend einem Grunde narkotisieren müssen, stets einer gewissen Gefahr aussetzen. Wir bevorzugen dasjenige Mittel, von dem wir glauben, daß es am wenigsten schadet. Die gebräuchlichsten Inhalationsnarkotika, das Chloroform und der Äther, streiten sich seit Jahrzehnten um den Vorrang. Die in Betracht kommenden Vorteile und Nachteile sind klinisch und experimentell eifrigst studiert worden, die Technik ist verfeinert und verbessert worden, die tödlichen Vergiftungsfälle sind seltener geworden. Aber noch immer wurde eine Einigung nicht erzielt. In den letzten Jahren hat der Äther, welcher längere Zeit hindurch stark in Mißkredit geraten war, wieder mehr Anhänger gewonnen, jedoch ohne daß es ihm gelungen wäre, gewisse Vorurteile, die gegen ihn bestehen, völlig zu überwinden. Die Ursache liegt in den ganz verschiedenen Resultaten, welche in der Hand der verschiedenen Operateure mit der Äthernarkose erzielt wurden. Während die einen schwere Störungen der Respirationsorgane zu wiederholten Malen erlebt haben, zum Teil mit tödlichem Ausgange, und dadurch vollkommen abgeschreckt worden sind, erfreuen sich andere der allerbesten Erfolge trotz reichlicher oder geradezu ausschließlicher Anwendung der reinen Äther-

---

[1] Nach einer Mitteilung in der Medizinischen Gesellschaft zu Gießen bei Gelegenheit einer Diskussion über Inhalationsnarkosen.

narkose. Der Grund dieser Verschiedenheiten kann unmöglich in Zufälligkeiten zu suchen sein, er muß vielmehr im wesentlichen auf die Technik der Narkose zurückgeführt werden.

Da ich selbst in mehr als 5 Jahren bei einem verhältnismäßig großen Materiale die besten Erfahrungen gemacht habe, so stehe ich nicht an, dieselben bekannt zu geben, in der Hoffnung, dadurch dem Äther neue Freunde zu erwerben und zur Verbesserung der Narkosentechnik einen Beitrag zu liefern.

Anerkannt ist allgemein die Tatsache, daß der Äther im Vergleich zum Chloroform das geringere Gift ist, daß er das Herz nicht schädigt und daß ein plötzlicher Tod während der Operation, wie dies bei Anwendung von Chloroform möglich ist, bei Äther nicht vorkommt.

Aber kein Mittel ist ideal, auch der Äther hat gewisse Nachteile. Er ist feuergefährlich und läßt sich deshalb nicht anwenden, wo bei künstlicher Beleuchtung operiert werden muß. Seine Anwendung wird deshalb gerade in der Geburtshilfe zuweilen unmöglich gemacht, nicht in Kliniken, wo heutzutage die elektrische Beleuchtung vorherrscht, sondern in der privaten Behausung, besonders in den engen Wohnungen der poliklinischen Tätigkeit. Ließe sich wohl auch hier die Explosionsgefahr in der Regel durch eine besonnene Handhabung vermeiden, so ist es doch allbekannt, wie gerade bei Entbindungen zuweilen Ruhe und Besonnenheit im Drange der oft in rascher Folge erforderlichen Handlungen verloren gehen, und stehe ich deshalb nicht an, angesichts der großen Verantwortung, die der Arzt während der Anwendung des Äthers bei künstlicher Beleuchtung trägt, bei Entbindungen und Operationen im Privathause während der Nachtzeit den Äther im allgemeinen zu widerraten.

Des weiteren wird dem Äther nachgesagt, daß die Einleitung der Narkose eine zu lange Zeit erforderlich mache. Dies kann ich nicht zugeben. Bei geeigneter Technik kommt der Kranke in der Regel nach wenigen Minuten in einen Zustand tiefer Betäubung. Zuweilen ist dies nicht so rasch zu erzielen. Alsdann handelt es sich um Fälle, die auch bei Anwendung von Chloroform längere Zeit zur Vertiefung der Narkose brauchen. Auf keinen Fall aber darf ein solches Moment gegen die Empfehlung des Äthers verwertet werden. Zur Einleitung einer Betäubung ist Zeit erforderlich, wie Koblanck[2] in seiner jüngst erschienenen vortrefflichen Monographie sehr mit Recht hervorhebt.

Sodann wirft man dem Äther vor, daß die Narkose häufig nicht die erforderliche Tiefe habe, z. B. bei schwierigen Laparotomien. Auch dies liegt vorzugsweise an der Technik. Bei einem so gut wie ausschließlichen Gebrauch von Äther habe ich nur in ver-

---

[2] Koblanck, Die Chloroform- und Äthernarkose in der Praxis. Wiesbaden, Bergmann, 1902.

schwindend seltenen Fällen die genügende Erschlaffung der Bauchdecken und die Ausschaltung ungestümer Bauchatmung vermißt, und je besser der Narkotiseur mit dem Äther umzugehen versteht, desto seltener wird sich dieses Ereignis einstellen. In der Regel kann man mit dem Äther tiefe, gleichmäßige und langdauernde Betäubungen erzielen.

Doch sind alle die bisher erwähnten Gesichtspunkte belanglos gegenüber der einen viel erörterten Frage der Ätherpneumonie. Die Gegner des Äthers betonen — unter Anerkennung der geringeren »primären« Giftigkeit des Äthers gegenüber dem Chloroform — die große Gefahr der Spätwirkung des Äthers durch Schädigung der Respirationsorgane. Dieser Satz ist richtig bei falscher Technik und ist falsch bei richtiger Technik der Äthernarkose.

Ich selbst überblicke weit über 2000 Äthernarkosen, die an meinen Kranken in Breslau und Gießen ausgeführt wurden, und habe nicht eine Frau an Pneumonie verloren. Wohl habe ich in der allerersten Zeit meiner Ätherperiode (begonnen seit $5\frac{1}{2}$ Jahren) wiederholt Bronchitiden und einige Male auch circumscripte Pneumonien — mit glücklichem Ausgange — gesehen, in den letzten Jahren jedoch ist dieses Ereignis nicht mehr vorgekommen.

Allerdings bin ich mir bewußt, daß nach jeder Operation — mit oder ohne Narkose — bei Anwendung eines jeden Narkotikums Pneumonien vorkommen können und daß gewisse Operationen, z. B. an Leber und Magen, sowie gewisse Fälle infolge von besonderer Disposition besonders dazu neigen, aber dies hat — immer wieder gesagt: bei richtiger Technik — mit dem Äther nichts zu thun und läßt sich bei bestimmten Vorsichtsmaßregeln auch beim Chloroform in der Regel vermeiden.

Diese Vorsichtsmaßregeln richten sich einerseits gegen die in dem Sekret des Mundes und Rachens befindlichen Infektionserreger, durch deren Aspiration die bedenkliche Bronchitis entsteht, sie richten sich andererseits gegen Abkühlungen. Vor der Operation soll sich der Pat. zu wiederholten Malen den Mund mit desinfizierenden Lösungen ausspülen und gurgeln. Die Operation selbst soll — in Anbetracht dessen, daß die Körperwärme in tiefer Narkose herabgesetzt wird, zumal bei starker Entblößung des Körpers — in einem überheizten Raume stattfinden. Nach der Operation soll dafür Sorge getragen werden, daß der Pat. weder auf dem Transport in das Krankenzimmer, noch in dem letzteren Abkühlungen erleidet.

Vor allem aber ist die Betäubung selbst so auszuführen, daß eine Reizung der Luftwege nicht eintritt. Hierbei ist allerdings wünschenswert, einen chemisch reinen Äther zu haben, doch liegt die Gefahr

der Lungenentzündung weniger an der Beschaffenheit des Präparates als an der Handhabung der Narkose[3].

Ätherdämpfe reizen die Schleimhaut des Rachens, des Kehlkopfes und der Trachea nur dann, wenn sie in sehr konzentrierter Form eingeatmet werden oder wenn gar Äther in Tröpfchenform der Inspirationsluft beigemengt wird. Dies ist ein Punkt, welchem bisher nicht genügend Beachtung geschenkt wurde.

Schon die Wahl der Äthermaske ist hier entscheidend. Als ungeeignet zu bezeichnen ist die Schimmelbusch'sche Maske, bei welcher die Ätherdämpfe viel zu konzentriert in die Luftwege gelangen. Noch ungeeigneter, ja geradezu gefährlich ist die Juillard'sche Maske, zunächst aus dem gleichen Grunde der zu starken Konzentration der Ätherdämpfe, sodann aber noch aus einem anderen Grunde, auf den ich nachher noch zurückkomme. Zweckmäßig dagegen ist die Wanscher'sche Beutelmaske, besonders in der bekannten Modifikation von Grossmann, welche die gleichmäßige Zufuhr von ganz schwachen und doch wirksamen Ätherdämpfen ermöglicht. Aber auch diese Maske wird vielfach ganz falsch gehandhabt, insofern der derselben anhängende den Äther enthaltende Gummibeutel während der Narkose geschüttelt wird, um möglichst rasch konzentrierte Dämpfe in die Inspirationsluft zu schicken. Dies ist ein großer Fehler, den man sehr häufig machen sieht. Von vielen wird die Maske geradezu als Schüttelmaske bezeichnet. Und selbst Koblanck, dessen oben citiertes Buch dem Praktiker ganz vortreffliche Ratschläge erteilt, schreibt auf p. 40: »Durch wiederholtes Schütteln des Beutels der Maske wird der Äther zum Verdunsten gebracht, und seine Dämpfe werden in die Höhe, in das Mundstück getrieben. Je fester die Maske schließt, und je häufiger ein Schütteln erfolgt, um so konzentriertere und größere Äthermengen erhält der Kranke« etc.

Dieses Schütteln ist ein bedenklicher Fehler, auf den ich selbst vor einigen Jahren von einem dänischen Arzte[4], der meinen Operationen zuschaute, aufmerksam gemacht wurde. Durch das Schütteln werden nicht nur unnütz konzentrierte Dämpfe entwickelt, sondern es wird der Äther geradezu zersprengt in feinste Tröpfchen, welche sich den Dämpfen beimischen und so in die Luftwege gelangen. Es kommt auf diese Weise der Äther in Substanz auf die Schleimhaut des Rachens, des Kehlkopfes und der Trachea.

---

[3] Ich benutze seit langer Zeit Äther pro narcosi Ph. G. IV, Marke EH (Chemische Fabrik von E. Hauser, Cotta-Dresden). Jede Flasche enthält 100 ccm, d. h. gerade so viel, wie man für eine Narkose zu brauchen pflegt.

[4] Wanscher, der Erfinder der Beutelmaske, ist bekanntlich ein Däne. Er hat sich um die Verbesserung der Narkosentechnik ein großes Verdienst erworben.

*

Äther in Substanz jedoch ist entschieden als eine Art von Ätzmittel für lebende Gewebe zu bezeichnen. Wir können uns daher nicht wundern, wenn die Schleimhäute stark reagieren, sezernieren und in einen Zustand von Entzündung geraten.

Die Beutelmaske soll allerdings, sobald sich der Kranke an die veränderte Atmungsluft gewöhnt hat, fest auf das Gesicht aufgedrückt werden, dann aber soll der Beutel ganz ruhig gehalten werden, was in der Regel selbst bei großer Aufgeregtheit des Pat. gut zu ermöglichen ist. Hierbei spielt die seelische Beruhigung des Kranken vor der Narkose, auf welche auch Koblanck mit Recht großen Wert legt, sowie die Art der Einleitung derselben eine wichtige Rolle. Der Kranke muß sich erst an den Geruch des Äthers gewöhnen. Deshalb ist die erste Zufuhr des Gases ganz langsam zu bewerkstelligen, am besten, indem man dem Kranken selbst die Maske in die Hand gibt und ihn in entsprechender Weise über die völlige Ungefährlichkeit der Narkose belehrt und ihn somit seelisch soviel wie möglich beruhigt. Er gerät auf diese Weise ziemlich rasch in einen Rauschzustand, welcher bekanntlich für kleinere Eingriffe vollkommen genügt (Sudeck). Unterstützend wirkt eine kleine Morphiumdosis (0,01 g 10 Minuten vor der Operation), dagegen ist die Cocainisierung der Nasenschleimhaut nach Rosenberg nicht erforderlich.

Ich stimme Koblanck vollkommen bei, wenn er das vielfach übliche Zählen im Beginn der Narkose verwirft. Dies regt den Kranken unnütz auf und lenkt seine Aufmerksamkeit von der ruhigen Atmung ab.

Sobald der erste Rausch beginnt, ist in Fällen, wo eine tiefe Narkose notwendig erscheint, die Maske fest aufzudrücken, wodurch allerdings die atmosphärische Luft fast vollständig abgesperrt wird. Doch schadet dies nichts, ist vielmehr förderlich. Ein leichter Grad von Kohlensäureintoxikation ist für das Zustandekommen einer ruhigen Narkose geradezu erwünscht. Die nervösen Zentralorgane werden auf diese Weise selbst mittels kleiner Dosen von Äther ziemlich rasch betäubt, und deshalb genügen die ganz schwach konzentrierten Ätherdämpfe vollkommen, die aus dem Gummibeutel bei ruhiger Haltung aufsteigen.

Eine starke und andauernde Vergiftung mit Kohlensäure ist dagegen schädlich und kann schwere Asphyxie hervorrufen. Es ist deshalb die Juillard'sche Maske ganz zu verwerfen, welche von vornherein eine schnelle »Erstickung« anstrebt, um die Narkose möglichst rasch zu vertiefen[5]; sie ist doppelt verwerflich,

---

[5] Anmerkung. Bei Anwendung der Beutelmaske kommt es nie zu so starker Cyanose, wie bei der Juillard'schen Maske, weil erstere mehr Luftraum enthält. Im übrigen wird durch die Äthernarkose die Atmung vertieft, die Atmungsgröße vermehrt, so daß schließlich selbst dann noch genügend Sauerstoff in die Lungen gelangt, wenn eine Zeit lang die Maske fest auf das Gesicht gepresst wird.

weil außerdem, wie bereits oben auseinandergesetzt, viel zu konzentrierte Ätherdämpfe den Atmungswegen zugeführt werden.

Die richtige Technik der Äthernarkose besteht darin: erst Erzeugung eines Rauschzustandes, sodann leichte Intoxikation mit der Kohlensäure der Exspirationsluft und darauf möglichst gleichmäßige Zufuhr von ganz schwachen Ätherdämpfen, wobei ab und zu durch Lüften der Maske etwas atmosphärische Luft zugeführt wird.

Wir kommen selbst bei langdauernden Operationen — vorausgesetzt gute Leitung der Narkose — mit 100 ccm Äther in der Regel aus. Auf Einzelheiten der Technik lasse ich mich an dieser Stelle nicht ein, zumal mein Assistent, Dr. Kroemer, darüber ausführlich berichten wird.

Bei solcher Art der Technik gelingt es dem geübten Narkotiseur fast stets, gleichmäßige ruhige tiefe Narkosen zu erzielen, wie sie für schwierige Operationen notwendig sind.

Inwieweit Alkoholismus die Einleitung der Narkose mit Äther erschwert, vermag ich mit Bestimmtheit nicht zu sagen, da Weiber selten dem Abusus spirituosorum huldigen. Doch habe ich nach meinen geringen diesbezüglichen Erfahrungen den Eindruck, daß auch hier eine Äthernarkose gut durchführbar ist.

Die Einleitung stößt zuweilen auf Schwierigkeiten bei starker Nervosität, doch trifft dies in gleicher Weise jede andere Narkose. Und gerade hier tritt in schärfster Weise der Vorzug des Äthers gegenüber dem Chloroform hervor, insofern bei letzterem in solchen Fällen oft reichlich aufgetropft werden muß und dadurch sehr rasch eine tiefe direkt lebensgefährliche Intoxikation herbeigeführt wird, während Äther vielleicht etwas langsamer einwirkt, aber jede Lebensgefahr ausschließt.

Wohl kommt es gelegentlich vor, daß die Narkose eine solche Tiefe erreicht, daß die Respiration sehr langsam und oberflächlich wird. Bei genügender Aufmerksamkeit läßt sich dies vermeiden; ist jedoch die erwähnte Lähmung des Atmungszentrums erfolgt, so ist sie durch sofortige Einleitung der künstlichen Atmung rasch zu beheben. Der Puls ist dabei unverändert kräftig, der Zustand ist nicht entfernt zu vergleichen mit jenem entsetzlichen Zustande der Chloroformvergiftung, welcher dem Tode unmittelbar vorhergeht.

Die starke Tieflagerung des Oberkörpers, welche bei Operationen im kleinen Becken viel angewendet wird, wirkt an sich nicht schädlich bei Äthernarkose, wie ich Koblanck gegenüber hervorheben muß, ist im Gegenteil vielleicht geradezu förderlich; doch giebt es bekanntlich überhaupt Kontraindikationen gegen diese Tieflagerung (z. B. Arteriosklerose), welche bei allen Operationen sorgfältig zu beachten sind. Ich pflege die Senkung des Oberkörpers nicht bei jeder Operation und oft auch nicht während der ganzen Dauer derselben anzuwenden, sondern nur bei bestimmter Indikation, welche allerdings ziemlich häufig gegeben ist.

Kontraindikationen gegen den Gebrauch der Äthers als solchen giebt es für mich kaum. Allerdings anerkenne ich, wie wohl jeder, gewisse Kontraindikationen gegen die Anwendung der Inhalationsnarkose überhaupt, wie tief liegende Struma, Diabetes, schwere Circulationsstörungen etc., und habe ich in solchen Fällen wiederholt selbst schwierigere Laparotomien unter Schleich'scher Lokalanästhesie der Haut ausgeführt mit Hinzufügung eines leichten Rausches durch Äther (in früheren Jahren auch mit einigen Tropfen Chloroform) und war erstaunt, wie wenig sich oft die Operierten in in solchen Fällen über Schmerzen beklagt haben. Nicht dagegen halte ich es für richtig, wenn gesagt wird: Erkrankungen der Respirationsorgane kontraindizieren den Äther. Nur die akute Bronchitis lasse ich als Gegenanzeige gelten (die akute Pneumonie ist Kontraindikation gegen jede Art der Inhalationsnarkose), die chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane dagegen nicht.

Ich hoffe, daß die vorstehenden Ausführungen dazu beitragen werden, die vielfach verbreitete Furcht vor der Ätherpneumonie zu beseitigen. Ich möchte aber noch weiter gehen, indem ich darauf hinweise, daß gerade bezüglich der später eintretenden Schädigungen durch Inhalationsnarkotika der Äther bei weitem unschädlicher ist als Chloroform.

Die Nachwirkungen nach Darreichung von Äther sind erheblich geringer als nach Chloroform. Nicht allein, daß Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen viel seltener auftreten und rascher wieder verschwinden, der ganze Körper ist lange nicht in dem Maße mitgenommen, der Kranke erholt sich bedeutend schneller nach der Äthernarkose, einfach aus dem Grunde, weil der Äther viel rascher den Körper wieder verläßt, entsprechend seinem geringeren Siedepunkt (Äther verdampft bekanntlich bei ca. 35° C., Chloroform erst bei ca. 60° C.). Die Exspirationsluft des mit Äther Narkotisierten ist in den ersten Stunden nachher stark ätherhaltig, selbstredend um so stärker, je länger die Operation dauerte. Es ist das der Ausdruck der reichlichen Ausscheidung des Gases. Aber selbst nach langdauernden Eingriffen ist die Exspiration der in das Blut aufgenommenen Ätherdämpfe schon nach wenigen Stunden fast vollkommen beendet.

Die anderen Wege, auf denen die Gifte den Körper wieder verlassen, sind vor allem der Harn und der Schweiß. Es scheint mir nicht ganz unwichtig, bei dieser Gelegenheit darauf hinzuweisen, daß die Nachbehandlung nach größeren Operationen gerade auf diesen Punkt viel mehr Gewicht legen sollte. Zunächst ist die Beförderung der Transspiration unmittelbar nach der Operation von großem Werte, welche sich heutzutage in bester Weise durch Heißluftapparate bewerkstelligen läßt. Wir wenden zu diesem Zwecke den elektrischen Heißluftapparat (ähnlich dem Kehrer'schen) mit bestem Erfolge an. Sodann erscheint es ratsam, den Kranken

nicht allzulange Flüssigkeit zu entziehen. Gerade nach Äthernarkosen darf man schon am 1. Tage Flüssigkeit per os geben, was ja auch sonst bei erschöpften Kranken in hohem Maße wünschenswert sein kann, vom Standpunkte der Ausscheidung der Inhalationsnarkotika aber ganz besonders notwendig ist. Sollte dies das Erbrechen vorübergehend steigern, so schadet es vom Standpunkt der Narkosenfrage nichts, insofern auch dies ein Mittel ist, Ätherdämpfe aus dem Körper zu schaffen. Auch die Darreichung von Flüssigkeit per anum bald nach dem Erwachen aus länger dauernden Narkosen ist ratsam.

Schädigende Nachwirkungen des Äthers auf Niere, Leber, Magen-Darmschleimhaut, sowie auf die nervösen Zentralorgane lassen sich auf diese Weise gut vermeiden. Die gleichen Maßnahmen wirken bei Chloroform lange nicht so prompt, weil dasselbe den Körper allzu langsam wieder verläßt, und schwere, selbst tödliche Störungen, insbesondere durch fettige Degeneration des Herzmuskels, der Nieren, der Leber etc. können die Folge sein. Besonders schädigend wirken in dieser Beziehung Narkosen, welche in kurzen Intervallen bei demselben Menschen wiederholt werden. Solche Wiederholungen sind zu vermeiden wo irgend möglich, insbesondere sind die Narkosen zu diagnostischen Zwecken einzuschränken, der Zeitraum zwischen 2 Narkosen bei demselben Kranken sollte möglichst 2 Tage zum wenigsten betragen, ebenso bei Äther wie ganz besonders bei Chloroform.

Bei solchen Vorsichtsmaßregeln kann die Äthernarkose als fast vollkommen ungefährlich bezeichnet werden, während das Chloroform unter allen Umständen als ein bedenkliches Gift für den Körper anzusehen ist, wenn es auch in der Hand geschulter Ärzte und mit Hilfe von besonders dazu konstruierten Apparaten (Geppert) nur selten tödlich wirkt. In dieser Beziehung besteht naturgemäß ein großer Unterschied zwischen Kliniken und ärztlicher Praxis. In letzterer kommen viel mehr Chloroformtodesfälle vor, als bekannt wird, aber auch in gut geleiteten Kliniken lassen sich namentlich jene initialen Fälle von tödlicher Synkope nicht vollständig ausrotten.

Gerade die ärztliche Praxis sollte sich mehr der Äthernarkose zuwenden. Zwar bedarf die Äthernarkose, wie wir gesehen haben, gleichfalls der Übung, aber lange nicht in dem Maße, wie die Technik der Chloroformnarkose. Eine Äthernarkose kann man unter Umständen getrost dem Laien anvertrauen, wo es nötig erscheint; eine Chloroformnarkose nicht. Es kommt hinzu, daß die Ausbildung der Studierenden in der Narkosentechnik in der Regel eine für die Praxis unzureichende ist. Alsdann wird mit dem Äther weniger Schaden angerichtet werden als mit Chloroform.

Aus allen diesen Gründen verdient der Äther unbedingt den Vorzug vor dem Chloroform.

IV.

Die Technik der Äthernarkose an der Frauenklinik zu Gießen.

Von

Dr. **Kroemer.**

Obwohl die relative Ungefährlichkeit der Äthernarkose im Verhältnis zur Gefährlichkeit der anderen Narkotika von allen Seiten zugegeben wird und in letzter Zeit wiederum von v. Mikulicz zahlenmäßig festgestellt worden ist, scheint doch die Zahl der Operateure, welche in der Hauptsache Äther als Narkotikum benutzen, eine beschränkte geblieben zu sein. Man fürchtet wohl allgemein die angebliche starke Exzitation im Beginn der Äthernarkose und ferner ihre schädlichen Folgen: »die sog. Ätherbronchitis und -Pneumonie«. Für den vielbeschäftigten Operateur ist es außerdem nicht angenehm, untätig warten zu müssen, wenn die Einleitung der Narkose zu viel Zeit in Anspruch nimmt.

In der Tat muß man zugeben, daß es dem Anfänger schwer wird, eine Narkose mit Äther rasch und elegant einzuleiten. Mit Chloroform gelingt es ihm jedenfalls viel rascher. Aber diesen Vorteil erkauft man, wie bekannt, auf Kosten einer hohen Gefährlichkeit des Narkotikums. Wer jemals einen Narkosentod im ersten Beginn der Narkose trotz Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln erlebt hat, wird unter dem Eindruck, daß das Chloroform für gewisse Pat., welche man vor den anderen nicht erkennen kann, eine nicht zu vermeidende Lebensgefahr in sich birgt, gern auf das Chloroform verzichten, wenn er nur imstande ist, mit einem weniger gefährlichen Narkotikum dasselbe zu erreichen, selbst wenn letzteres für den Narkotisierenden weniger angenehm sein sollte.

Auf Grund der Erfahrungen, welche ich seit dem Jahre 1897 durch meine Tätigkeit bei Prof. Pfannenstiel sammeln konnte, habe ich die Überzeugung gewonnen, daß der Äther als Narkotikum bei richtiger Anwendung durchaus ungefährlich ist und dasselbe leistet, als das mit Recht gefürchtete Chlorform. Auch dem Anfänger — selbst dem Laien — wird es bei Beobachtung einiger kleiner technischer Hilfsmittel leicht fallen, die Anforderungen selbst eines anspruchsvollen Operateurs zufriedenzustellen.

Den Gang der Äthernarkose, wie er neuerdings an unserer Klinik von statten geht, im folgenden zu schildern, soll meine Aufgabe sein. Herr Prof. Pfannenstiel hat bereits eingehend die Auswahl der Pat., die Indikationen und Kontraindikationen der Äthernarkose besprochen. Ich möchte nur noch hervorheben, daß wir bei Pat., wo Kontraindikationen gegen Äther wie gegen Chloro-

form vorliegen, unbedenklich den Äther vorziehen, und ich habe mich gerade in solchen Fällen, wo Lungenaffektionen vorlagen, gewundert, wie wenig die Pat. nach der Narkose von seiten der Respirationsorgane reagierten ganz entgegengesetzt der allgemeinen Anschauung. Sorgfältiger Wärmeschutz während und nach der Narkose ermöglichen die Ausschaltung jeglicher Lungenstörung. Die »Ätherpneumonie« im übrigen ist eine Aspirationspneumonie, die sich bei einiger Vorsicht stets vermeiden läßt und schließlich nach Chloroformnarkosen in gleicher Häufigkeit vorkommt.

Was nun die Vorbereitung der Pat. vor der Narkose angeht, so lassen wir natürlich bestehende akute Katarrhe der Respirationswege wenn möglich zum Abheilen kommen, ehe die Pat. der Operation unterzogen werden. Am Abend und Morgen vor der letzteren müssen die zu Narkotisierenden Mund und Rachen mit einer starken Odollösung reinigen. Diese Maßregel ist sicher von Wichtigkeit für den reaktionslosen Verlauf in der Rekonvaleszenz. Wir haben seit Beobachtung dieser Maßregel eine Parotitis oder Angina nach Narkosen nicht mehr bemerkt. Die üblichen Vorsichtsmaßregeln: »Untersuchung von Herz, Lunge, Urin, Abführen und Nahrungsentziehung am Morgen vor der Operation« setze ich als selbstverständlich voraus. 10 Minuten vor Beginn der Narkose erhält die Pat. 0,01 Morphium subkutan verabfolgt. Auf die Dauer der Einleitung rechnen wir 6—8 Minuten, in welcher Zeit es durchschnittlich immer gelingt, die Narkose bis zum Verschwinden des Cornealreflexes zu vertiefen.

Wir benutzen zur Narkose den Narkosen-Äther Marke E.H. von der chemischen Fabrik Cotta (Dresden) und als Maske die bekannte Wanscher-Grossmann'sche. Ein Drahtgestell im Halsteil des Gummibeutels verhindert das Zusammenklappen des letzteren (vgl. die Figur p. 21), so daß die Ätherdämpfe frei zum Munde des Narkotisierten streichen können. Das Mundstück der Maske darf nicht zu groß sein. Es reicht am Besten vom Nasensattel bis zum Kinn des Pat. und liegt seitlich auf den vorstehenden Oberkieferknochen auf, so daß beiderseits seitlich vom Nasenrücken und unten am Kinn selbst beim Andrücken des Luftringes am Mundstück noch genügend freie Luft zustreichen kann. Stirn, Augen und Wangen bleiben auf diese Weise vollständig unbedeckt, so daß man die Augenreflexe jeder Zeit prüfen kann und an der Farbe der Wangen eine etwa eintretende Cyanose sofort bemerkt. Der oben genannte Äther ist dem gewöhnlichen vorzuziehen, weil er weniger die Schleimhäute zur Sekretion reizt als dieser, ferner eine auffällig geringe Nausea nach sich zieht, die in keinem Verhältnis zu dem schweren »Chloroformkater« steht. Beschickt wird die Maske mit 100 g, so viel, als gerade ein von der Fabrik gesiegeltes Fläschchen enthält. Weniger Äther zu nehmen ist nicht ratsam, da sonst die Sättigung der Atemluft mit Äther zu gering ist, um eine rasche Narkose einzuleiten.

Wenn möglich soll die Narkose in einem ruhigen, stillen Raum eingeleitet werden. Eine Schwester oder Wärterin genügt dem Narkotiseur für alle Fälle als Hilfe. Je weniger die Aufmerksamkeit des Pat. abgelenkt wird, um so rascher wirkt der Äther. Der klinische Betrieb zwingt uns häufig, auf diesen Vorteil zu verzichten. Wir narkotisieren in allen Situationen: in der Vorlesung, während die Studenten Arzt und Pat. umringen, ebenso auch auf dem Untersuchungsstuhl im Operationssaal, wenn ein schmerzhafter Eingriff sich als notwendig erweist etc. — auch ohne vorhergehende Verabreichung von Morphium. In allen Fällen wird die Pat. ermahnt, gleichmäßig ruhig und tief zu atmen, da dies für sie die ungefährlichste Narkose herbeiführe. Der Narkotiseur »schleicht« sich nun in die Narkose ein, d. h. er nähert ganz allmählich die Äthermaske, oder läßt ängstliche Pat. unter sorgfältiger Überwachung der Hände die Maske selbst halten, indem er nur durch sanften Druck nachhilft. Auf alle Fälle gelangt der Pat. in den Ätherrausch meist ohne überhaupt merkliche Exzitation. Soll nun der Gang der Narkose beschleunigt werden, so faßt der Narkotiseur beiderseits hinter den Kieferwinkel des Pat., wobei die Maske allmählich fest aufgedrückt wird, und zieht periodisch den Unterkiefer vor und läßt ihn wieder zurücksinken. Dadurch wird der Pat. gezwungen, tiefer zu inspirieren und rasch und vollständig zu exspirieren. Während man anfangs nur das Exspirium abkürzt, gelingt es allmählich, die Atmung ganz nach Belieben zu beschleunigen. Die Maske wird dabei nie geschüttelt. Dagegen empfiehlt es sich, zuweilen eine Falte aufzuheben und dadurch den Halsteil zu erweitern. Die Maske soll nun vom Atemluftstrom beim Exspirium aufgebläht werden und beim Inspirium kollabieren. Während in tiefer Narkose der Atemstrom selbst dies bewirkt, auch wenn man nur lose die Maske aufsetzt, muß man eingangs der Narkose die Maske häufig fest andrücken, eventuell bei zu weitem Mundstück den Zugang der freien Außenluft an den Nischen seitlich vom Nasenrücken mit kleinen Wattebäuschchen verstopfen.

Das periodische Vorziehen des Unterkiefers machen wir außer in eiligen Fällen, namentlich bei den sog. singenden Pat. (d. h. denjenigen, welche unter Hervorbringung eines singenden Tones übermäßig lang exspirieren), ferner bei solchen, welche aus Widerwillen gegen den Äther unter Ruhigstellung des Zwerchfelles nur ganz oberflächlich und langsam inspirieren, so daß zu wenig Äther in die Lunge gelangt. Durch die erwähnten Kieferbewegungen werden die Atemzüge fast momentan vertieft und man kann der Narkose ruhig ihren Gang lassen. Der Narkotiseur steht entweder seitlich oder zu Häupten von dem Pat., dessen Kopf zur Seite gedreht wird, damit erbrochener Mageninhalt und Speichel sowie Trachealsekret in ein untergelegtes Handtuch abfließen können. Ich habe mich daran gewöhnt, während der ganzen Narkose den Unterkiefer vor-

zuhalten, so daß die untere Zahnreihe vor der oberen steht. Sobald die Reflexe erlöschen, kann man bequem mit einer Hand Maske und Kiefer beherrschen. Auf diese Weise bleibt der Kieferöffner und die Zungenzange unbenutzt, wenngleich sie für alle Fälle zur Hand sind. Wichtig ist die Streckung der Halswirbelsäule durch Kissen, welche unter den Nacken geschoben werden; eine Knickung der Trachea muß auf alle Fälle vermieden werden.

Am Ende des Rauschstadiums, zu einer Zeit, wo keine Schmerzempfindung mehr vorhanden ist, stellt sich bei den meisten Pat. eine Art Exzitationsstadium ein, kenntlich durch Schweißausbruch, heftige Magenperistaltik und zuweilen auch durch kurze, trockene Hustenstöße. Gerade in diesem Stadium ist Narkose notwendig und das beste Mittel, um die Reaktion zu unterdrücken. Daher soll man nur bei heftigen Brechbewegungen die Maske entfernen. Meistens genügt schon das Lüften auf derjenigen Seite, nach welcher der Kopf gedreht ist, und es bleibt bei bloßen Würgbewegungen. Das Erbrochene kann auch, ohne daß die Maske entfernt wird, bei der Seitenlage des Kopfes in das bereitliegende Handtuch abfließen. Sobald diese letzten Reaktionen überwunden sind, vermag der Narkotiseur die Narkose dauernd in derselben Tiefe zu erhalten, indem er einfach in der angegebenen Weise den Kiefer vorzieht und die Maske beständig leicht aufliegen läßt. Die Pupille bleibt dauernd bei ruhiger Narkose gleichmäßig verengt. Sobald sie wieder auf Lichteinfall lebhaft reagiert, wird die Maske fester aufgesetzt. Wird die Pupille dagegen auffallend weit oder eng, ohne auf Lichteinfall zu reagieren, so genügt ein einseitiges Lüften der Maske, um die drohende Asphyxie abzuwenden, ohne gleichzeitig die Narkose wieder auf das Reizstadium abzuflachen. Das gänzliche Entfernen der Maske führt beim Wiederaufsetzen (ebenso auch Schüttelbewegungen) zu erneuter Reaktion (Brechbewegung und Husten). In gewissen Situationen kann man zur Orientierung das Prüfen des Kornealreflexes nicht entbehren. Ich halte denselben auch bei vorsichtiger Anwendung für ungefährlich. Nur muß man die berührte Stelle sofort nach dem Auftupfen mit dem Oberlid gewissermaßen abwaschen. Während im Anfang der Narkose eine lebhafte Sekretion der Respirationsschleimhäute die bekannte rasselnde Atmung erzeugt, erlischt dieselbe im Laufe der Narkose und sistiert oft ganz. Die Atmung wird lautlos. Auch die Schweißsekretion verliert sich nach einiger Zeit.

Während des Exzitationsstadiums wird der Pat. zweifellos durch das starke Aufdrücken der Maske in einen gewissen Grad der Kohlensäureintoxikation versetzt. Das beweist die cyanotische Verfärbung. Jedoch ist dieses Stadium nur sehr vorübergehend, und während des ganzen übrigen Verlaufes der Narkose bleibt das Gesicht lebhaft gerötet zum Zeichen, daß eine gefährliche Kohlensäureüberladung des Blutes nicht besteht.

Die Asphyxie kündigt sich an, abgesehen von den bekannten Pupillenveränderungen, durch hastige und sehr verflachte Atmung. Kommt es wirklich zur Asphyxie, so steht die Atmung still, während der Puls in ungeschwächter Stärke erhalten bleibt. In den 2 Fällen, wo ich wahrscheinlich durch mangelhafte Technik eine derartige Asphyxie verursachte, genügten leichte Thoraxkompressionen, durch 5 Minuten fortgesetzt, um die Gefahr zu beseitigen, und es konnte sogar die Narkose mit Äther weitergeführt werden. In der letzten Zeit ist eine Asphyxie bei uns nicht mehr beobachtet worden.

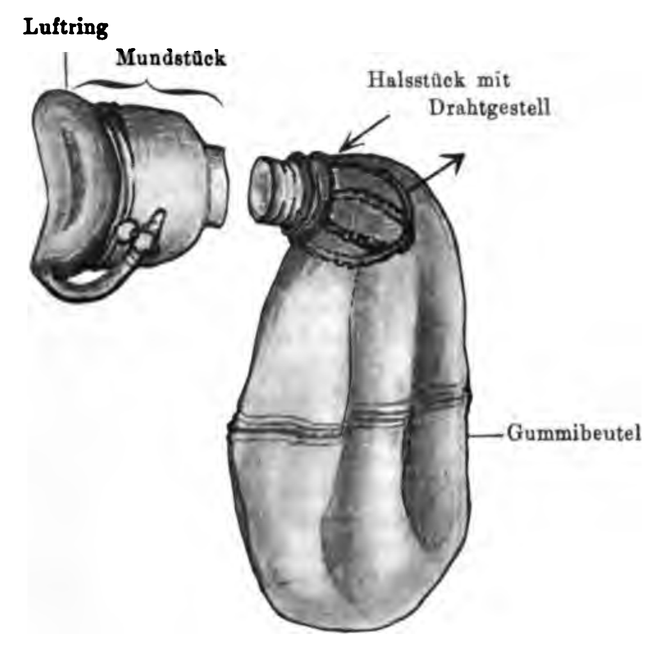
Eine besonders aufmerksame Behandlung erfordern gewisse Pat., welche in tiefer Narkose den Mund fest zusammenpressen und beim Inspirieren die Nasenflügel einziehen, so daß sich dieselben an das Nasenseptum legen und den Zugang der Luft absperren. In kurzer Zeit sind solche Pat. hochgradig cyanotisch. Wir klemmen bei diesen Fällen einen dicken Mullbausch seitlich zwischen die Zahnreihen und drücken mit dem oberen Rand des Mundstückes unserer Maske die Nasenspitze gegen die Oberlippe, wodurch die Nasenlöcher gespannt und offengehalten werden.

Die zum Beginn der Narkose in die Maske gebrachte Äthermenge von 100 g genügt gewöhnlich für die Dauer von 50 bis 60 Minuten, worauf je nach der Länge der Operation 50—100 g Äther nachgeschüttet werden.

Es empfiehlt sich, eine Maske mit abschraubbarem Mundstücke (s. Fig. p. 21) zu wählen. Das letztere soll vor jedem Gebrauch mit Odolwasser gereinigt werden. Der Beutel wird unmittelbar nach der Narkose 2—3mal mit Wasser ausgespült und zum Trocknen auf einen stumpfen Stab gesteckt.

Zum Schlusse möchte ich noch hervorheben, wie beruhigend für den Operateur und den Narkotisierenden das Gefühl der Ungefährlichkeit ist, ein Umstand, der namentlich für Untersuchungen in Narkose oder bei kleinen Eingriffen, wie Abrasio, Tastung etc., nicht hoch genug zu schätzen ist. Kachektische Pat., namentlich solche mit hochgradig herabgesetzter Lungenkapazität, sind wie bei jeder Narkose auch bei der Äthernarkose einer hohen Gefahr ausgesetzt. Im übrigen aber ist selbst für diese noch der reine Äther eher als ein Excitans zu betrachten im Vergleich zum Chloroform und den sog. Narkosengemischen. Für Pat. mit freier, ausgiebiger Respiration ist bei richtiger Leitung der Äthernarkose eine unmittelbare Gefahr so gut wie ausgeschlossen, da der Tod nicht durch den Äther, sondern durch die Kohlensäureüberladung bei mangelhafter Technik und selbst dann noch äußerst spät eintritt. Auch solche schweren Asphyxien gehen durch künstliche Atmung zurück, ganz im Gegensatz zur toxischen Chloroform-Synkope. Daher können im Notfalle selbst ungeübte Laien mit der Leitung der Äthernarkose betraut werden.

Der Vergleich unserer Art, die Äthernarkose auszuführen, mit der Anwendung der Schleich'schen Narkosengemische so wie des Bromäthyls fiel stets zu Gunsten der einfachen Äthernarkose aus. Während des halben Jahres, wo wir die genannten Verfahren hauptsächlich anwendeten, kam in einem Falle durch eine relativ geringe Dosis Bromäthyl ein schwerer Herzkollaps zustande mit tagelanger Nachwirkung. Die Narkosengemische enthalten die Schädlichkeiten aller Komponenten vereint auf Kosten der einheitlichen Wirkung als Narkotikum.



Äthermaske nach Wanscher-Grossmann (beide Teile auseinander geschraubt). Ein Drahtgestell im Innern des Halsteiles verhindert das Kollabieren der Maske.

Die Witzel-Hoffmann'sche Äther-Tropfmethode mit der einfachen Billroth'schen Maske soll sich nur für Kinder eignen. In der Tat habe ich solche mit Leichtigkeit auf genannte Weise narkotisieren können. Vor ihr hat unser Verfahren zum mindesten die vorsichtige Dosierung und die Billigkeit durch geringeren Ätherverbrauch voraus. 100 g Äther sind bei der Tropfmethode rasch verbraucht. Daß der Äther sich für Frauen und Kinder besser eignet als für Männer, ist wohl sicher; doch ist er auch für die letzteren anwendbar, wie ich mich bei der Narkose eines Potators in der v. Mikulicz'schen Klinik zu Breslau selbst überzeugen konnte.

Während meiner früheren Tätigkeit am Krankenhause der Elisabethinerinnen zu Breslau sowie gegenwärtig an der Gießener Frauenklinik konnte ich mich nur mit der Narkose

der Frauen befassen und gelten im Wesentlichen für diese meine vorstehenden Ausführungen.

Neue Bücher.

1) **R. Kossmann.** Allgemeine Gynäkologie.

Berlin, **August Hirschwald,** 1903.

Der Verf. beginnt mit einer 247 Seiten umfassenden Geschichte der Gynäkologie. Darüber, daß heutzutage auf geschichtliche Kenntnisse in der Medizin zu wenig Wert gelegt wird, waltet kein Zweifel ob. Man kann nur fragen, warum die historischen Studien so vernachlässigt werden. Der Grund liegt gewiß in der enormen Zunahme der positiven Fachkenntnisse, die verlangt werden. Jedenfalls ist zu bedauern, daß die Mediziner so wenig von den Männern wissen, auf deren Arbeiten wir heute weiterbauen. Die historische Tatsache, daß, auch wenn der Ruhm eines Fortschrittes sich an eine Person knüpft, doch immer viele Männer denselben Weg gingen, demselben Ziele zustrebten und ähnliche Gedanken hatten, wird besonders durch die Geschichte der Medizin bewiesen. Ja manche Dinge, z. B. die geburtshilflichen Operationen oder die Antisepsis, kann man ohne historische Darstellung gar nicht lehren. Der goldene Mittelweg, den der Eklektiker schließlich findet, ist nur verständlich, wenn vorher die Kämpfe zwischen den Extremen, die Gründe und Folgen der verschiedenen Lehren dem Lernenden klar werden. Die Geschichte regt zum Nachdenken, zur Kritik, zur Skepsis und zur Bescheidenheit an. Zu letzter dadurch, daß, wie der Verf. mehrfach zeigte, anscheinend ganz moderne Gedanken schon viel früher auftauchten. So werden manche Erfindungen oft gemacht und jedesmal als neu gepriesen. (Preßschwamm — Mercurialis, Bauchoperationen — Paré, Fisteloperationen — Roonhagen, Schuchardt'scher Schnitt — Elias von Siebold. Auch B. S. Schultze hat schon vor Schuchardt ganz den nämlichen Schnitt zu der nämlichen Operation als Hilfsschnitt empfohlen.)

Schon der Umstand, daß eine ähnliche umfassende geschichtliche Darstellung der Gynäkologie noch nicht existiert, beweist den Fleiß und das Selbststudium des Verf.

Den einzelnen Kapiteln sind Motti vorangesetzt. Man liest sie fast mit Beschämung. Diese weisen Urteile über wissenschaftliches Streben und wissenschaftliche Erfolge werden immer Geltung behalten, solange es eine Wissenschaft gibt, und es ist gut, den heutigen Ärzten zu zeigen, daß vor Jahrhunderten die Menschen mindestens ebenso klug waren, wie wir.

Der Verf. war früher Lehrer der Zoologie, Schüler und Freund Semper's; als solcher war er besonders berufen, den Gynäkologen das Verständnis des Baues und der Entwicklung des menschlichen Urogenital-Apparates auf vergleichend-anatomischer Grundlage zu

ermöglichen. Die Darstellungen des Verf. sind außerordentlich klar, die Zeichnungen ebenfalls. Pag. 329, Fig. 28 zeigt die Kernwucherung im Epithel des schwangeren Kaninchenuterus und pag. 320, Fig. 25 das syncytial veränderte Uterusepithel derselben Tierspezies mit Anlagerung des Eies. »Sind auch beim Menschen die ersten Anfänge einer ähnlichen Umwandlung des Cylinderepithels noch nicht zur Beobachtung gekommen, so entspricht doch das menschliche Syncytium in seinem Aussehen dem der Tiere so vollständig, daß die gleichartige Entstehung bis zum Nachweise des Gegenteils angenommen werden muß.« Bei der Konzeption nimmt Verf. Saugwirkung des Uterus an und verwirft die Anschauung, daß die Spermatozoiden sich durch eigene Kraft nach aufwärts bewegen.

Der dritte Abschnitt ist den Dysmorphien und Dysergasien — den morphologischen und biologischen Anomalien gewidmet. Die Ätiologie wird besprochen, es folgen die Entwicklungsfehler (primordiale Anomalien) und mechanisch verursachte Dysmorphien, Verletzungen, Hernien, Inversion, Lageanomalien. Bezüglich der malignen Tumoren schließt sich der Verf. Ribbert's Theorie an, begründet sie aber gewissermaßen im Darvinistischen Sinne, indem er das normale Wachstum der Gewebskomplexe als Ergebnis eines Kampfes derselben ums Dasein betrachtet, der naturgemäß gestört werden muß, wenn einzelne Gewebspartikel durch abnorme Lokalisation unter abnorme Daseinsbedingungen versetzt sind. Ein besonderes Kapitel ist den syngynäceischen Erkrankungen gewidmet, d. h. den mit anatomischen Veränderungen des Genitalapparates zusammen auftretenden Anomalien anderer Organe. Dabei tritt der Verf. den extrem nihilistischen Anschauungen jener Schule entgegen, die fast in allen diesen Fällen den kausalen Zusammenhang leugnet und die anatomischen Veränderungen am Genitalapparat für irrelevant erklärt. Hier werden die Hysterie, Stimmbandlähmungen, Krämpfe, seelische Erkrankungen etc. besprochen.

Besonders interessiert die allgemeine Therapie, die mit der Prophylaktik beginnt, in der über Coitus etc. Regeln gegeben werden. Sodann folgen Kapitel: Phrenotherapie, welches Wort der Verf. für richtiger als Psychotherapie erklärt, dann die Physiotherapie, Diätotherapie, Mechanotherapie, Thermotherapie, Elektrotherapie. Hier werden auch die Massage und Heilgymnastik, die Pessarbehandlung, das Hantelpessar bei Hämorrhoiden, Bäder, Spülungen, Atmokausis, Ätzungen, Kauterisation etc. besprochen. Das Kapitel Pharmakotherapie ist kurz, enthält aber doch eine Übersicht über alle modernen Arzneimittel, die der Gynäkologe anwendet. Den Schluß macht die operative Therapie, in der der Verf. systematisch die Indikationen, die Narkose, Antisepsis, Instrumentarium und sodann kritisch die einzelnen Operationen bespricht. Die vergleichende Würdignng der gynäkologischen Operationswege ist besonders beachtenswert.

Der Verf. hat schon wiederholt darauf hingewiesen, daß unsere

medizinische Nomenklatur weder richtig, noch geschmackvoll gebildet ist. Er ist schon oft für richtigere Bezeichnungen eingetreten. In dem Anhang, der Onomatologie gibt Verf. eine kurze Anleitung zur korrekten Wortbildung gynäkologischer Kunstausdrücke. Die Hauptregeln der Ableitung und Komposition werden zusammengestellt. Der Verf. will durchaus nicht das Hergebrachte ganz fallen lassen, sondern ist bemüht, von dem Überlieferten so wenig als mit der Bedingung der Richtigkeit vereinbar war, abzuweichen.

Das Werk des Verf. ist nicht und soll nicht sein ein Repertorium aller wissenswerten Einzelheiten, sondern eine zusammenhängende Darstellung der ganzen Gynäkologie. Wer wissenschaftliches Streben hat — ob jung oder alt —, wem es eine Freude macht, ein Kapitel der Wissenschaft vom individuellen Gesichtspunkte eines geistreichen Mediziners aus betrachtet zu sehen, wird viele und mannigfaltige Anregung in dem Buche Kossmann's finden, wenn er auch nicht überall einverstanden ist. Dies verlangt der Verf. gar nicht, sondern er erklärt es als schönsten Erfolg, wenn das Buch zum Nachdenken, Zweifel und Forschen anregt. Dies, glaube ich, wird der Verf. sicher erreichen!

Die Ausstattung ist vorzüglich. **Fritsch.**

---

2) **R. Chrobak** (Wien). Caveant.

(Sep.-Abdr.: Berichte aus der II. geburtshilfl.-gynäkolog. Klinik in Wien 1902.)

C. beleuchtet die Fehler und Mängel, welche die Ausbildung der Mediziner im allgemeinen und die der Gynäkologen im speziellen in Österreich bezw. in Wien aufweist. Er bedauert den Rückgang des Ansehens von allgemein und gut durchgebildeten Hausärzten. Diese alte, segensreiche Institution ist erschüttert und überwuchert worden von einem Spezialistentum, das häufig nicht auf einer gleichmäßigen und gediegenen medizinischen Ausbildung basiert. Gerade die gynäkologischen »Sechswochen-Spezialisten« sind oft gefährliche Routiniers, die vielleicht manche Operation ausführen können, die aber keine guten, keine humanen Ärzte sind und die in ihrer oft unkontrollierbaren Tätigkeit häufig auf eine abschüssige Bahn gelangen. Der Hausarzt ist der gegebene geburtshilfliche Beistand und muß normale Entbindungen leiten und nicht zu schwierige Hilfen selbst leisten können.

Der Mediziner, der sein Examen gemacht, hat jetzt die Berechtigung und auch die Verpflichtung, die schwersten Eingriffe auszuführen. Während in anderen Berufen dem Anfänger das Leichte, dem Geübten das Schwere zuerteilt wird, soll und muß der eben approbierte Arzt alles leisten. Er hat keine Kenntnis von den Bedürfnissen des Publikums, von der eigentlichen Krankenpflege, von den schwierigen Verhältnissen die Privatpraxis. Als natürlichster und bester Übergang vom Krankenhaus in der Privatpraxis müssen die Polikliniken angesehen werden. Sie sollen daher nach Möglichkeit

vermehrt werden. Die Einführung eines »praktischen Jahres« ist gleichfalls zu empfehlen.

Bei der Reorganisation des Krankenhauswesens muß dafür gesorgt werden, auch verheirateten Frauen kostenlos die sachgemäße Hilfe einer Anstalt bei der Entbindung zu gewähren. Neue Institute müssen gegründet, die alten aber modern ausgestattet werden.

Ferner müssen die Krankenhäuser gynäkologische Abteilungen mit einer genügend großen Bettenzahl erhalten, die einem Gynäkologen von Fach unterstellt werden. Die infolge des Wochenbettes erkrankenden Frauen müssen z. Zt. in internen Abteilungen weiterbehandelt werden. Ganz besonders im argen liegen Prophylaxis und Therapie bei den gonorrhoisch infizierten Frauen. Sie kommen auf die »venerischen« Stationen, wo syphilitische Puellae publicae mit unbescholtenen jungen Frauen, welche im Beginn der Ehe vom Manne infiziert wurden, zusammenliegen. Auch bei anderen Erkrankungsgruppen, z. B. bei Neubildungen des Genitalsystems, müssen sich die Pat. vielfach mit der Behandlung spezialistisch nicht gebildeter Ärzte zufrieden geben.

Entspricht somit die Schaffung eigener gynäkologischer Abteilungen dem Interesse der Kranken, so dient sie weiterhin dem Fortkommen wirklich gut ausgebildeter Spezialisten. Für sie sind die Chancen augenblicklich schlecht. Die Kliniken haben viel zu wenig besoldete Assistenten, die Hebammenanstalten sind nur zum Teil mit gynäkologischen Abteilungen verknüpft und in den Krankenhäusern fällt die gynäkologische Behandlung vielfach unter das Regime des Chirurgen. Die Krankenanstalten für Frauen dürfen nicht, wie es noch vielfach geschieht, der Privatwohltätigkeit zugeschoben werden. Die Zahl der Hebammenlehranstalten muß vermehrt werden. Der Staat muß die Besetzung solcher Stellen in die Hand nehmen. Nur Tüchtigkeit, nicht politische Gesinnung, Nationalität, Sprachkenntnis etc. dürfen den Ausschlag bei Bewerbungen geben.

Auch die wissenschaftliche Förderung der Gynäkologie leidet, wenn die Kliniken und Lehrinstitute nicht erheblich mehr Assistenten erhalten. Heute haben die beiden großen Wiener Frauenkliniken zusammen nur zwei bezahlte Assistenten. Eine gewissenhafte Versorgung des klinischen Dienstes und gleichzeitig wissenschaftliches Arbeiten ist für sie unmöglich. Sie können entweder nur das eine oder das andere leisten. Eine rationelle Arbeitsteilung ist nur zu erzielen, wenn vier oder mehr Assistenten angestellt sind, von denen einer oder zwei als Vertreter des Direktors fungieren, während die übrigen rascher wechseln.

Die Ausführungen C.'s, von denen hier nur die wesentlichsten Punkte herausgehoben werden konnten, passen nicht allein für österreichische Verhältnisse. Auch bei uns sind viele seiner Forderungen noch unerfüllt. Wir müssen es daher mit Freude begrüßen, wenn von so bedeutender und autoritativer Seite Protest dagegen eingelegt

wird, daß die Gynäkologie bei der Modernisierung des Krankenhauswesens noch nicht die gebührende Berücksichtigung gefunden hat.

Stoeckel (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 24. Oktober 1902.

Vorsitzender: Herr Olshausen, später Herr Schülein;
Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Herr Olshausen hält den angekündigten Vortrag: Wider die Drainage.

Der Vortrag erscheint ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.

II. Diskussion:

1) Herr Oberländer: M. H. In den 3 Jahren von April 1899—1902 kamen in der Orthmann'schen Frauenklinik 48 Fälle wegen eitriger Adnextumoren zur Köliotomie. Es wurden davon 24 ohne und 24 mit Drainage behandelt. Von den nicht drainierten, meist leichten Fällen, in denen es nur wenig zur Berührung des Peritoneums mit Eiter kam, starben 4 an akuter eitriger Peritonitis; von den drainierten, durchweg schweren Fällen, bei denen fast stets ein eitriger Erguß in die Bauchhöhle stattfand, starben nur 2, darunter 1 an chronischer Peritonitis 4 Wochen post operat., die andere ging an Erschöpfung am 3. Tage post operat. zugrunde. Dieses gute Ergebnis ist unbedingt auf Rechnung der Drainage zu setzen.

Auf zwei Momente haben wir stets Rücksicht genommen, worauf ich noch besonders hinweisen möchte. Erstens darf man nicht bei Fieber operieren, und zweitens darf man nicht zu früh operieren.

Kiefer's Untersuchungen haben ja bekanntlich ergeben, dass $^3/_4$ Jahr nach der Infektion der Eiter in abgeschlossenen Körperhöhlen steril wird; so lange muß man also mit der Operation warten. Andererseits sollte man auch nicht zu lange mit der Operation zögern bei Frauen, die den unteren Bevölkerungsklassen angehören, weil es doch darauf ankommt, diese Frauen möglichst schnell wieder arbeitsfähig zu machen; kommt es dann zur Operation, so läßt sich die Gefahr derselben entschieden durch die Drainage bedeutend verringern.

Was nun die Technik anbelangt, so haben wir stets Jodoformgaze zur Drainage benutzt, aber nicht nach v. Mikulicz mit Herausleiten des Tampons durch den unteren Winkel der Bauchwunde, sondern haben die Gaze durch den quer eröffneten Douglas nach der Scheide durchgeführt. Diese Methode bietet vor der v. Mikulicz'schen die Vorzüge, daß erstens keine Nachoperationen wegen Fisteln oder Hernien zu befürchten sind, und zweitens auch die Nachbehandlung eine viel einfachere und kürzere ist. Sie besteht einfach darin, daß der Tampon am 8.—10. Tage post operat. entfernt wird, ohne der Pat. damit nennenswerte Schmerzen zu verursachen. Nachteile von unserer Methode haben wir nicht gesehen, und möchte ich deshalb diese Douglasdrainage warm empfehlen.

2) Herr Bröse ist der Ansicht, daß man unterscheiden muß, ob es sich um die Drainage großer Bindegewebsräume oder der Peritonealhöhle handelt. Hinsichtlich der Drainage der Bauchhöhle stimmt er mit dem überein, was Herr Olshausen vorgetragen hat und hält es für unzweckmäßig, bei unvollkommenen Operationen, z. B. bei malignen Neubildungen, die schon das Bauchfell in weiter Ausdehnung ergriffen haben, ferner bei Blasen- und Darmverletzungen, die sorgfältig genäht sind, endlich bei sog. unreinen Operationen, wie sie z. B. bei der Operation von Hämatokelen mittels der abdominalen Laparotomie vorkommen, zu drainieren.

Auch wenn durch Eiter oder Jauche die Bauchhöhle verunreinigt wurde, wie sie bei der Operation von Pyosalpinx oder Pyovarium, Beckenabszessen von den Bauchdecken aus vorkommen, wird die Drainage nicht viel nützen.

Die hohe Mortalität, welche Herr Olshausen und auch Herr Orthmann bei diesen Operationen erhielten, spricht nicht für oder gegen die Drainage, sondern gegen die abdominale Laparotomie als solche. Derartige Prozesse müssen von der Scheide aus in Angriff genommen werden, zumal wenn sie vorher diagnostiziert sind.

3) Herr Mackenrodt steht auf einem anderen Standpunkte als der Vortr. Was Olshausen wider die Drainage gesagt habe, kann man, soweit er sich auf sein Material stützt, bei anderer Beleuchtung für die Drainage sagen. Bei glatten Operationen in der Bauchhöhle ist die Drainage überflüssig. Durch die Bauchdecken sollte überhaupt für gewöhnlich nicht drainirt werden, sondern durch die Scheide. Wenn die Drainage von ihren Gegnern bei den schwersten Fällen als Mittel zur Rettung des Lebens angewendet wird, so kann sie bei zweifelhaften Fällen, wenigstens bei richtiger Ausführung, nicht schädlich sein.

Bei den eitrigen Adnexoperationen fällt die Mortalität so gut wie gänzlich fort, wenn man hierfür ausschließlich die Colpotomia poster. anwendet mit Drainage des Douglas. Auch die zufälligen und unbemerkten kleinen Darmläsionen an der Lösungsstelle haben beim hinteren Scheiden-Bauchschnitt sich als ungefährlich erwiesen, ebenso die Fälle nachträglicher Darmperforation der wunden, gelösten Darmwand. Durch rechtseitige Entfernung des Drains ist der Weg für den Darmabgang offen ohne Gefährdung der übrigen Bauchhöhle. Auf die exakte Blutstillung der peritonealen Wunden legt M. keinen großen Wert. M. steht einer kunstgerechten Drainage durchaus sympathisch gegenüber.

4) Herr Czempin hat seit vielen Jahren und nicht zum wenigsten unter dem Einfluß der Arbeiten Olshausen's die Drainage bei Laparotomien verlassen, wie er dies vor 7 Jahren in einer Veröffentlichung (Laparotomien mit und ohne Drainage) in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie dargelegt hat. C. gibt seiner Freude darüber Ausdruck, dass Herr Olshausen diesen vor Jahrzehnten niedergelegten Anschauungen gegenüber dem Wechsel der Ansichten anderer Meister treu geblieben ist. C. weist darauf hin, daß man die Drainage bei Laparotomien, wesentlich von der Idee der Drainage bei jeder anderen Operation, bei welcher Bindegewebsräume die Wandungen der Wundhöhle bilden, trennen müsse. Das Peritoneum unterscheidet sich toto coelo von letzterem. Das Peritoneum sei ein Gewebe, das einer nachhaltigen Resorption fähig sei. Es leiste diese Arbeit regelmäßig, wie man dies an der Erhöhung von Pulsfrequenz und Temperatur nach größeren peritonealen Eingriffen deutlich erkenne. Auf diese Resorption könne und müsse man sich verlassen und brauche keine Drainage. Ganz anders das Bindegewebe, das einer solchen Arbeit nicht fähig sei und deshalb die Drainage unbedingt notwendig mache. Bei peritonealen Operationen, bei welchen Verhältnisse geschaffen würden, welche die Eigenschaften des Peritoneums in seinem Wesen ändern, müsse indessen die Drainage Platz greifen. So bei großen abgekapselten Eiterherden, welche durch Operation geöffnet werden und im Peritoneum eine große pyogene Membran zurücklassen, also auch bei paratyphlitischen, parametranen Abszessen. Auch sehr tief ins Beckenbindegewebe hinabreichende Hohlräume, wie sie nach Ausschälung großer intraligamentärer Geschwülste, Myome, Ovarialtumoren und extra-uteriner Fruchtsäcke restieren, erforderten zuweilen eine Drainage, die nach dem Vorgange von A. Martin am besten nach Abschluß der Höhle nach oben mit Peritoneum nach unten zu, nach der Scheide angelegt werde. Kleinere Hohlräume heilen bekanntlich auch ohne jede Versorgung. Aber bei großen Höhlen träte hier, besonders durch die Infusion der Darmgase und durch Einwanderung von Bact. coli häufig Eiterung und dadurch Bildung von Senkungsabszessen auf.

Durch Drainage aber einer Sepsis nach erfolgtem Einfließen von Eiter etc. in die Bauchhöhle entgegenarbeiten zu wollen, sei ein eitles Vorgehen. Die beiden Annahmen, daß der Drain die infektiösen Flüssigkeiten heraussauge, und anderer-

seits durch die aufgebaute Jodoformgazesäule die Weiterverbreitung der Infektion hindere, seien hinfällig. Am besten vermeide man Sepsis, wenn man bei Fällen mit verdächtigem, infektiösem Inhalte die Operation solange wie möglich hinausschiebe, da mit der Zeit die Virulenz nicht nur der Gonokokken, sondern auch der pathogenen Mikroorganismen abnehme bezw. ganz verloren gehe.

5) Herr Gottschalk betont, daß es prinzipiell das beste sei, eitrige Prozesse der Beckenhöhle von der Scheide aus anzugreifen und bei jeder ventralen Köliotomie wünschenswert, die Bauchhöhle abschließen zu können. Jedoch gebe es Fälle, wo man bei eitrigen Prozessen die ventrale Köliotomie machen müsse und wo ein Abschluß der Bauchhöhle das Leben der Kranken zu sehr gefährde. Das seien vor allem Fälle, in welchen es, sei es kurz vor der Operation, sei es bei der Operation zum Durchbruch eines abgesackten Eiterherdes gekommen ist, über dessen Virulenz und Virulenzgrad Zweifel obwalten. Zwar könne hier die Anamnese mit bestimmend sein, insofern bei gonorrhoischem Eiter im allgemeinen die Drainage nach G. nicht notwendig ist, wohl aber bei septischem Eiter.

Auch die Quelle des Eiters sei mit ausschlaggebend, insofern Tubeneiter aus einer Pyosalpinx nach einjährigem Bestande seine Virulenzkraft im allgemeinen verloren hat, was man aber nicht von dem Eiter der Ovarialabszesse behaupten könne, wie dies auch aus der Statistik des Herrn Vortr. erhelle.

Vor allen Dingen aber sei die Drainage unumgänglich, wenn der Eitererreger aus dem Darme stamme, es sich um Kotabszesse bezw. Darmperforation handle. Hier weist G. an der Hand persönlicher Erfahrungen nach, daß durch zweckentsprechende Ausschaltung der infizierten Beckenhöhle von der übrigen Bauchhöhle, Lagerung der perforierten Darmschlinge vor die Bauchhöhle unter Wattekompressivverband bis zur völligen Heilung der Perforationsöffnung Fälle geheilt werden können, die ohne diese ausgiebige offene Wundbehandlung und Drainage verloren seien.

Auch für die segensreiche Behandlung der eitrigen Perforationsperitonitis durch allseitige Tamponade der Bauchhöhle mit Jodoformgaze behufs Erzielung rascher Abkapselung durch Darmverklebung bei weit offener Bauchwunde — in ganzer Ausdehnung des Bauchschnittes — bringt G. Belege aus eigener Praxis bei.

Gegenüber Herrn Mackenrodt legt G. größten Nachdruck auf exakte Blutstillung, und kann dessen Behauptung, daß jede Wunde septisch sei, als richtig nicht anerkennen.

Herr Olshausen sagt im Schlußwort, er glaube, daß die Drainage nach der Vagina hin wohl öfter nützlich sei, besonders auch bei Läsionen tief unten am Rektum. Abszesse am Beckenboden und im Cavum Dougl. eröffnet auch O. von der Vagina her. In den von ihm hier berichteten Fällen handelte es sich um Abszesse, die von unten garnicht erreichbar waren, zum Teil um multiple Abszesse, öfters bei frischer Peritonitis. Dass die Drainage für viele Operationen außerhalb der Bauchhöhle unentbehrlich ist, gibt auch O. zu. Gonorrhoischer Tubeneiter wird wohl meistens nach 9 Monaten steril; nicht so Streptokokkeneiter und vielleicht auch nicht der gonorrhoische Eiter des Pyovarium.

Die Mortalität der mitgeteilten Fälle ist nur groß durch die Serie der peritonitischen Abszesse und der Darmläsionen; sowie ferner durch die strenge Auswahl der schlimmsten Fälle (7% sämtlicher Fälle).

Neueste Literatur.

4) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 1.

1) E. Opitz (Berlin). Über die Ursachen der Ansiedlung des Eies im Eileiter.

In der vorliegenden Arbeit wird das Untersuchungsergebnis von 22 in der Berliner kgl. Frauenklinik operierten — 3 vom Verf. selbst — Fällen von frischer Tubargravidität des ersten Monats mitgeteilt. Dazu kommt ein weiterer Fall, der

durch die Sektion einer an akuter Verblutung aus einem rupturierten Fruchtsacke gestorbenen Frau gewonnen worden war. Die Operation war jedesmal durch akute Verblutungserscheinungen indiziert, so daß sich nur bei 6 Kranken erst eine kleine Hämatokele gebildet hatte. Bei diesem für die mikroskopische Untersuchung entschieden selten geeignetem Materiale wurde das ganze Stück der Tube zwischen Fruchtsack und Uterus in Serienschnitte zerlegt, um auf diese Weise die Ursache des Haftenbleibens des befruchteten Eies innerhalb des Eileiters festzustellen.

An den exstirpierten Tuben wurde schon mit bloßem Auge erkannt, daß alte, bereits vor der Gravidität vorhandene Adhäsionen nur in 4 Fällen nicht nachzuweisen waren. Auch in diesen 4 Fällen waren die Eileiter nicht normal, sondern zeigten Knickungen oder andere Veränderungen.

Von den mikroskopischen Befunden an den Tuben will ich nur die wichtigsten, nämlich die Veränderungen an der Schleimhaut hervorheben. Normal waren die Schleimhautfalten nur in 2 Fällen. In den übrigen Fällen war durch Vermehrung des fibrillären Bindegewebes oder durch Hineinwachsen von Muskelzellen von der Ringmuskulatur aus der Zottenquerschnitt größer als unter nicht pathologischen Verhältnissen. Auffallenderweise bestanden in sämtlichen 23 Fällen feste Verwachsungen der Tubenfalten untereinander in der Weise, daß das Stroma der Falten breit ineinander überging, während das Epithel die Faltenoberfläche in kontinuierlicher Schicht bekleidete. Die Ausdehnung der Verwachsungen nahm innerhalb des Eileiters nach dem Uterus hin zu, an einzelnen Stellen wurden auf diese Weise lange, enge, blind endigende Gänge gebildet.

Die Verwachsungen sind als das Resultat einer voraufgegangenen Salpingitis anzusehen; sie sind bisher von keiner Seite beschrieben worden, weil kein früherer Untersucher das System der Serienschnitte angewendet hatte.

Verf. ist geneigt, die beschriebenen Verwachsungen der Tubenfalten und die neugebildeten zahlreichen Blindsäcke, die unbedingt ein in sie hineingelangtes Ei festhalten müssen, als die häufigste Ursache der Tubengravidität anzusehen. Den übrigen Momenten, die das Zustandekommen der Tubenschwangerschaft nach der Ansicht einzelner Autoren bewirken sollen, ist die ätiologische Bedeutung abzusprechen.

2) C. Gebhard (Berlin). **Eine Mischgeschwulst des Uterus (Endotheliom mit Fett- und Knorpelgewebe).**

Bei der 56jährigen Pat. fand sich in dem oberen Teile der Scheide ein weicher, faustgroßer, an der Oberfläche gangränöser Tumor, der aus dem fast ganz erweiterten Muttermunde herausragte. Bei der beabsichtigten Exzision des Polypen konnte G. den Stiel nicht erreichen, er hatte zugleich den Eindruck, daß der Tumor malign degeneriert wäre. Die mikroskopische Untersuchung des Geschwulstgewebes bewies die Richtigkeit dieser Annahme. Verf. exstirpierte daher vaginal den ganzen Uterus. Die Kranke machte eine glatte Genesung durch.

Die Geschwulst inserierte am Fundus und in der rechten Tubenecke mit einem markstückgroßen Stiele; sie bestand mikroskopisch aus Bindegewebe, glatter Muskulatur, Fettgewebe, Knorpelgewebe, Drüsenschläuchen und Endotheliom- und Sarkomgewebe.

Derartige Falle gehören zu den größten Seltenheiten. Uterustumoren, in denen Lipome mikroskopisch nachgewiesen wurden, sind im Ganzen nur 8 in der Literatur beschrieben worden, die Zahl der Tumoren mit Knorpelgewebe beträgt gar nur 7.

Die Frage nach der Entstehungsursache der Mischgeschwülste des Uterus läßt Verf. offen, jedoch hebt er hervor, daß die Keimverschleppungstheorie seinem wissenschaftlichen Empfinden widerspräche.

3) L. Seitz (München). **Zur Opitz'schen Diagnose des Abortes aus den Veränderungen der uterinen Drüsen.**

E. Opitz hat in der jüngsten Zeit in 2 Publikationen auf Veränderungen der uterinen Drüsen in curettierten Schleimhautbröckeln aufmerksam gemacht, die so charakteristisch wären, daß man aus ihnen mit voller Bestimmtheit die Diagnose

auf einen vorausgegangenen Abort der ersten beiden Graviditätsmonate stellen könne.

S. beschreibt unter ausführlicher Mitteilung der Krankengeschichten und unter Beifügung von Abbildungen 2 Fälle, in denen die aus dem Uterus ausgeschabten Schleimhautmassen histologisch zwar alle charakteristischen Veränderungen der Schleimhaut im Sinne von Opitz aufwiesen, in denen aber ein vorhergegangener Abort mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden konnte.

Gewisse seltene Formen der Endometritis glandul. hypertroph. liefern nach Verf.s Ansicht gleiche Bilder wie die von Opitz beschriebenen.

4) M. Lange (Königsberg). Über die sog. Karunkeln der weiblichen Harnröhre.

L. hat 1000 Kranke in den Jahren 1898—1901 unterschiedslos auf das Vorhandensein von Harnröhrenkarunkeln untersucht und in 58 Fällen einen positiven Befund erhoben. Die Karunkeln wurden jedesmal exzidiert und mikroskopisch untersucht. Eine Tabelle giebt über alle wichtigen Einzelheiten dieser 58 Fälle Aufschluß.

Histologisch haben die Karunkeln mit Angiomen nichts zu tun, sie sind einzuteilen in Granulome (19 Fälle Verf.), papilläre Schleimhautpolypen (19 Fälle Verf.) und teleangiektatische Schleimhautpolypen (20 Fälle Verf.).

Die Entstehungsursache der Karunkeln ist in den meisten Fällen nicht nachzuweisen, jedenfalls aber spielt bei den Granulomen ätiologisch die Gonorrhoe und bei den papillären Schleimhautpolypen das Klaffen der äußeren Urethralöffnung infolge seniler Atrophie des Gewebes eine wichtige Rolle. Papilläre Schleimhautpolypen werden daher vorzugsweise bei klimakterischen Frauen beobachtet, die das Alter von 50 Jahren bereits überschritten haben. Im übrigen verteilt sich das Vorkommen von Karunkeln ziemlich gleichmäßig auf alle Lebensalter.

Die Karunkeln enthalten stets mehr oder minder zahlreiche Drüsen, sie unterscheiden sich von dem Harnröhrenprolaps dadurch, daß an ihrer Oberfläche nie Cylinder- oder Übergangsepithel vorkommt.

Die Karunkeln als solche machen keine Schmerzen, wird über Beschwerden geklagt, so sind sie zurückzuführen auf eine gleichzeitige Urethrit. chron. oder auf Urethralprolaps oder auf eine hohe Stielinsertion der Karunkeln innerhalb der Harnröhre.

5) L. Krewer (St. Petersburg). Über das »Chorionepithelioma« (Deciduoma malignum autorum).

K. hat 2 Fälle dieser Art beobachtet: den ersten vor 8 Jahren, den zweiten vor kurzem. Der Krankheitsverlauf war bei beiden Pat. ein ziemlich gleichartiger. Die Aufnahme ins Hospital erfolgte wegen halbseitiger Lähmung, bald stellte sich quälender Husten mit blutigem Auswurfe ein, während sich in den Lungen Verdichtungsprozesse nachweisen ließen; eine progrediente Anämie schloß sich an, in relativ kurzer Zeit gingen beide Kranke zugrunde.

Krankheitserscheinungen seitens der Generationsorgane fehlten bei der ersten, 33jährigen Kranken völlig. Die letzte Regel war vor 4 Wochen zu Ende gewesen, hatte aber 5 Wochen gedauert. Bei der Sektion wurden in den verschiedensten Organen der Körperhöhlen hämorrhagische Herde bis zu Erbsengröße gefunden. Der Uterus war vergrößert, im Fundus innerhalb der Muskulatur saß eine apfelgroße, auf dem Durchschnitt wie eine einzige große Hämorrhagie aussehende Geschwulst.

Die Lähmungserscheinungen bei der zweiten, 29jährigen Frau waren noch intensiver als im 1. Falle. Kurz vor dem Tode bestand Aphasie und völlige Amaurose. Die gynäkologische Untersuchung ergab normale Größe des Uterus, Ausfluß oder Blutung wurden nicht beobachtet. Etwa 4 Monate vor dieser Erkrankung war eine Blasenmole aus dem Uterus teils spontan ausgestoßen, teils manuell entfernt worden. Bei der Sektion zeigten sich die Lungen, das Gehirn und die verschiedensten Organe übersät mit grauroten, bohnengroßen oder noch größeren Knötchen. Die Schleimhaut des normal großen Uterus war verdickt,

weich; in der hinteren Wand war eine in die Muskulatur hineinragende Narbe mit zottigen Schleimhauträndern sichtbar; diese Narbe war mit der vorderen Uteruswand verwachsen.

In dieser Narbe und im Uterustumor des 1. Falles, noch deutlicher aber in den zahlreichen Metastasen wurden bei der mikroskopischen Untersuchung 2 Zellarten nachgewiesen 1) große, unregelmäßig gestaltete, konturlose, schwach gefärbte Zellmassen; 2) kleine, polyedrische, schwach gefärbte, scharf konturierte Zellen ohne Zwischensubstanz. Die gegenseitige Lage beider Zellarten war stets derartig, daß die zweite Art von Zellen zentral, die protoplasmatischen Massen dagegen peripher gruppiert waren.

Nach Besprechung des Standpunktes der verschiedensten Autoren bezüglich der Genese dieser Geschwülste präzisiert K. seine eigene Ansicht dahin, daß er diese Tumoren von den beiden Zellarten der Chorionzotten ableitet und sie daher mit dem Namen Chorionepithelioma malignum bezeichnet.

6) W. Stroganoff (St. Petersburg). **Schwangerschafts- und Geburtsverlauf nach einer Gebärmutterruptur.**

Bei 2 Mehrgebärenden im Alter von 26 und 32 Jahren mit engem Becken war unter der Geburt spontan eine Ruptur der vorderen Uteruswand eingetreten. Die Frauen wurden nach erfolgter Ruptur und nach eingetretenem Fruchttode in Verf.s Krankenhaus eingeliefert. Die Frucht lag im 1. Falle in der Gebärmutter, im 2. Falle bereits in der Bauchhöhle. Verf. entband die 1. Frau mittels hoher Zange (wegen nachgewiesenen Todes der Frucht wäre die Perforation wohl das richtigere Verfahren gewesen, Ref.) und vernähte nach angeschlossener Laparotomie die Rupturstelle des Fruchthalters vom Abdomen aus. Im 2. Falle wurde gleich der Leibschnitt ausgeführt, die Frucht entwickelt und die Rißstelle des Uterus zur Vereinigung gebracht. Beide Frauen genasen und wurden innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt von neuem gravid. Die Schwangerschaften verliefen durchaus normal. Kurz vor dem Termin leitete Verf. beide Male die künstliche Frühgeburt ein und entwickelte lebende Kinder. Beide Frauen machten ein gesundes Wochenbett durch.

Auffallend war, daß bei beiden Kranken der vorliegende Kindesteil sehr hoch über dem Beckeneingange stehen blieb. Die Ursache für diese Erscheinung sucht Verf. »in der Verminderung der normalen Elastizität des unteren Gebärmuttersegmentes durch die Narbe«.

Schwangere mit einer von einer früheren Ruptur herrührenden Uterusnarbe sollen die letzten Monate der Schwangerschaft unter sachverständiger Beobachtung in einer Gebäranstalt zubringen; während der Geburt soll die starke Wehentätigkeit durch den Geburtshelfer nach Möglichkeit beschränkt werden, zur Beschleunigung der Geburt kommen die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks oder bei Fußlage das Herunterholen eines Beines in Frage.

7) W. Weinberg (Stuttgart). **Neue Beiträge zur Lehre von den Zwillingen.**

W. hat in früheren Arbeiten die Berechtigung seiner Annahme nachgewiesen, daß nämlich die Pärchengeburten 50% der zweieiigen Zwillingsgeburten ausmachen. Um diese durch theoretische Überlegungen gewonnene Zahl mit den Ergebnissen der Praxis zu vergleichen, hat Verf. sich 12 Berichte aus Anstalten verschafft und hat unter diesen Geburten das Verhältnis der Pärchen zu den zweieiigen Zwillingen = 49% erhalten. Nebenbei wurde festgestellt, daß in diesem Materiale die Gesamtzahl der eineiigen Zwillinge 21% ausmachte.

Beide Zahlen weichen erheblich von den Angaben Ahlfeld's ab, da dieser die Zahl der Pärchengeburten im Verhältnis zu den Mehrlingsgeburten mit nur 15,5% und die der eineiigen Zwillinge mit nur 12,3% aller Zwillinge angibt. Ahlfeld hat daher auf Grund dieser Resultate die Untersuchungsmethode wie auch die Zuverlässigkeit des vom Verf. mit großer Mühe zusammengestellten Materiales in Frage gezogen. W. verteidigt sich gegenüber diesen Anschuldigungen und weist sie als unbegründet in längerer Auseinandersetzung zurück. Eine bei-

gefügte Tabelle gibt über das Urmaterial seiner Statistik der ein- und zweieiigen Zwillinge Aufschluß. Diese Zusammenstellung berücksichtigt die Arbeiten von 26 verschiedenen Autoren vom Jahre 1852 an bis zu Verf.s eigenen Beobachtungen aus der jüngsten Zeit. **Scheunemann** (Stettin).

Verschiedenes.

5) A. Doktor (Budapest). Echinokokkus im Becken.

(Orvosi Hetilap 1901. Nr. 35 u. 36.)

Die in der Literatur bisher aufgezeichneten Echinokokkusfälle zusammenfassend, bespricht Verf. 4 Fälle, welche in den letzten 7 Jahren in der I. Universitäts-Frauenklinik zu Budapest zur Beobachtung gelangten. Seine Ausführungen erstrecken sich mit vielseitigen Berufungen auf andere Autoren auf die pathologisch-anatomischen Verhältnisse, auf das eigentümliche, nach abwärts ins Becken gerichtete Wachstum dieses Parasiten, und ist nach Verf.s Meinung die Ursache des letzteren Umstandes in der eigenartigen Ernährungsweise der Echinokokkushülle, nämlich durch Diffusion der Gewebssäfte, zu finden. Mit anerkennenswerter Gründlichkeit befaßt sich Autor auch mit der Ätiologie, mit dem klinischen Krankheitsverlauf, mit der Prognose und der Therapie des Leidens, und auf die Vor- und Nachteile des Baccelli'schen Verfahrens hinweisend, empfiehlt er, wenn nur möglich, die Operation per vaginam auszuführen.

Temesváry (Budapest).

6) Schwarz (Agram). Erfahrungen über 100 medullare Tropacocainanalgesien.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 4.)

Die meist sich einstellenden unangenehmen Nebenerscheinungen bei der subarachnoidealen Einverleibung des Cocains werden bei der Verwendung des Tropacocains so gut wie völlig vermieden, allerdings darf hierbei die Normaldose 0,05 auf 1 ccm Wasse nicht überschritten werden. Die Ausdehnung des analgetischen Wirkungskreises ist dabei jedoch keine so große wie bei Anwendung des Cocains: After, unterer Mastdarmabschnitt, Damm, männliche und weibliche äußere Genitalien, Füße und Unterschenkel konnten sicher und vollständig mit Tropacocain analgesiert, in den höheren Partien jedoch die gewünschte Schmerzlosigkeit nicht mit genügender Konstanz hervorgerufen werden. S. zieht die Rachitropacocainisation jeder Art von Inhalationsnarkose überall, wo es angeht, nach seinen Erfahrungen vor. — Die betreffenden Operationen werden in der Arbeit namentlich aufgeführt, die Erscheinungen während und nach der Operation so wie die Technik der Injektionen geschildert. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

7) E. Lantos (Budapest). Die Behandlung der Gonorrhoe bei Frauen mit Protargol.

(Orvosi Hetilap 1901. Beilage zu Nr. 43.)

Nach einem kurzen Rückblick auf die bezughabende Literatur bespricht Verf., gestützt auf 34 bis zu Ende beobachtete Fälle, den therapeutischen Wert der Protargolbehandlung in Fällen von Gonorrhoe. In den erwähnten Fällen variierte die Behandlungsdauer zwischen 11 und 61 Tagen und betrug durchschnittlich 31 Tage; Gonokokken konnten nach 7—40, im Durchschnitt nach 18,5 Tagen nicht mehr nachgewiesen werden. L. hält deshalb das Protargol für ein spezifisches Mittel gegen Gonorrhoe. **Temesváry** (Budapest).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und **Büchersendungen** wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. Sonnabend, den 10. Januar. 1903.

Inhalt.

I.

Weitere Fälle von vorgeschrittener Extra-uterin-Gravidität bei lebendem Kinde, behandelt mit Köliotomie.

Von
Dr. A. Sittner in Brandenburg a/H.

Im Archiv für Gynäkologie Bd. LXIV Hft. 3 (Festschrift für Prof. Landau) habe ich gelegentlich Mitteilung eines Falles von 7monatlicher Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter mit lebender Frucht aus der Literatur 126 Fälle von Extra-uterin-Gravidität zusammengetragen, welche von der 21. Woche ab bei lebendem Kinde durch Laparotomie beendet worden sind.

Ich bin heute in der Lage, diese Liste durch 16 weitere Fälle zu ergänzen resp. weiterzuführen.

Zuvörderst aber habe ich jene im Archiv aufgestellte Tabelle dahin zu rektifizieren, daß der dort unter Nr. 106 angeführte Fall

Jakowleff auszuscheiden hat, weil die Operation nicht bei lebender, sondern bei bereits abgestorbener Frucht ausgeführt wurde, entgegen der von Ayers im Obstetrics gegebenen Zusammenstellung, aus der der Fall bei dem Fehlschlag meiner Bemühungen, in den Besitz des Originals zu gelangen, entnommen war.

Die Archiv-Liste reduziert sich also auf 125 Fälle, und auch unter diesen lassen die beiden Beobachtungen von Bond und Frost, Nr. 95 und Nr. 105, welche gleichfalls der Ayers'schen Arbeit entnommen sind, hinsichtlich Authentizität berechtigten Zweifel zu; wenigstens sind wiederholte Nachforschungen über Verfasser und Inhalt der entsprechenden Publikationen ganz resultatlos geblieben.

Zu jenen im Archiv gesammelten 125 Fällen, die dem Zeitintervall zwischen 1813—1900 inkl. entstammen, kommen nunmehr 13 Fälle, welche derselben Periode, und zwar vorwiegend den letzten Jahren derselben, angehören, und weiterhin 3 Fälle, die erst nach 1900 zur Operation gekommen sind. (Ein Teil dieser Fälle ist meiner damaligen Nachforschung entgangen, ein anderer ist erst neu publiziert, ein dritter sogar noch unpubliziert.)

Was die anatomischen Formen anlangt, unter denen diese 16 Fälle sich darbieten, so nimmt der 1. Fall, der Müller'sche, eine Sonderstellung ein, indem derselbe die Rarität einer Schwangerschaft in einem Bruchsack der Leistengegend aufweist. Welcher Art allerdings diese Gravidität gewesen ist, ob es sich wirklich um eine in den Bruchsack verlagerte schwangere Tube, oder ob es sich nicht vielmehr um eine Hysterocele uteri gravidi gehandelt habe, das entzieht sich bei dem Mangel jeglicher Untersuchung intra vitam, sowie bei dem Fehlen der Sektion aller Beurteilung.

Von den übrigen 15 Fällen giebt die beigefügte Tabelle, in Analogie der Tabelle II meiner Archiv-Arbeit aufgestellt, die Fälle nach ihrer inneren Zusammengehörigkeit vom Standpunkt des anatomischen Befundes und der an ihnen vollführten operativen Maßnahmen gruppiert, eine zusammenfassende Übersicht.

Danach hat sich die Frucht 7mal innerhalb ihrer ursprünglichen Sackumhüllung zu vorgeschrittenem Stadium entwickelt (Nr. 2, 3, 6, 7, 11, 12, 15), und zwar 5mal innerhalb der unverletzten Tube (Nr. 3, 6, 7, 12, 15), 1mal im Ovarium (Nr. 11) und 1mal in einer Ovarialtube (Nr. 2).

Unter diesen 7 Fällen kam es 3mal zur intraligamentären Entwicklung des Fruchtsackes (Nr. 2, 12, 15).

8mal befand sich die Frucht außerhalb ihrer ursprünglichen Sackumhüllung (Nr. 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 16), und zwar war es 2mal zur Ruptur in das Lig. latum gekommen (Nr. 5 und 16), bei den übrigen 6 Fällen aber zu einer solchen in die Bauchhöhle. Hierbei lag die Frucht 4mal vollkommen frei im Bauchraum (Nr. 4, 8, 10, 14), die Placenta 2mal nur an Organen der Beckenhöhle (Nr. 8 und 10), 1mal nur am Darm (Nr. 4) und 1mal zugleich an diesem wie an Beckenorganen angeheftet, in

Fall 8 war dazu noch ein von der Tube gebildeter Sackrest vorhanden. In den beiden Fällen Nr. 9 und 13 hatte sich um das aus dem Eileiter teilweise resp. ganz ausgetretene Ei bei dessen weiterem Wachstum ein sekundärer Fruchtsack gebildet, die Placenta bei Nr. 9 in der Beckenhöhle, bei Nr. 13 an Peritoneum und Leber inserierend.

Ein hervorragendes Interesse erweckt der Fall Nr. 13. Es findet sich ein Fruchtsack zwischen Leber und rechter Niere. Derselbe besteht aus den Eihäuten, welche durch fibröse und fibrinöse Membranen mit der Umgebung, durch festere Adhäsionen mit der Niere verbunden sind. Die Placenta inseriert zu $^2/_3$ an der peritonealen Umschlagsfalte zwischen unterer rechter Leberfläche und Zwerchfell, zu $^1/_3$ im Gewebe der unteren Leberfläche selbst. Der Sack birgt eine ausgetragene, lebende Frucht. Der Uterus ist vergrößert, die rechte, sonst normale Tube an ihrem abdominalen Ende mäßig verbreitert, das rechte Ovarium etwas cystisch, die linken Adnexe sind differenzierbar, nur untereinander verbacken. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Zottenbestandteile im Gewebe der Peritonealduplikatur zwischen Leberunterfläche und Zwerchfell, sowie in der Leber selbst. Die Schleimhaut der rechten Tube ist geschwollen, von zahlreichen Deciduazellen durchsetzt. Ihr Fimbrienende ist erweitert und 1 cm von ihm entfernt eine Stelle auffindbar, an der die Wand der Tube stark verdünnt, kleinzellig infiltriert und von Deciduazellen stark durchsetzt ist. In dem unteren, der Mesosalpinx zu gelegenen Abschnitt dieser Stelle zeigt sich eine 0,7 cm im Durchmesser betragende, unregelmäßig begrenzte Gewebsmasse, welche, mit einer rauhen Oberfläche ins Tubenlumen hineinragend, aus Deciduazellen, zahlreichen runden Zellen, jungem Bindegewebe, sowie aus dazwischengestreuten alten hämorrhagischen Herden besteht. Diese Stelle repräsentiert den primären Sitz des Eies. Frühzeitig ist es zum Abort, zur vollkommenen Losstoßung des jungen Fruchtgebildes und zu dessen Neuanlagerung und Weiterentwicklung im Leber-Nierenwinkel gekommen, während sich an der ursprünglichen Haftstelle in der Tube Rückbildungs- und Reparationsvorgänge abgespielt haben.

Entspricht eine solche komplete Entwurzelung des Eies und seine Wiederfestsetzung an so entfernter Stelle durch den Peritonealraum hindurch physiologischer und anatomischer Möglichkeit, so wird auch die Tatsache der viel umstrittenen primären Abdominalschwangerschaft fernerhin nicht abzuleugnen sein. Ich denke in einer folgenden Arbeit über die extratubaren Formen der Extrauterin-Gravidität mich mit dieser Möglichkeit und den darauf hinzielenden Fällen eingehend zu beschäftigen.

Die Mortalität der 15 Fälle — der Müller'sche Fall bleibe wegen seiner unbestimmten anatomischen Stellung und nicht zum mindesten weil er in die vorantiseptische Zeit fällt, ganz aus dem Spiele — beträgt 33,3%. Es kamen 5 Fälle, Nr. 2, 7, 10, 13, 14,

ad exitum. Das ist für die Zeitperiode 1894—1902, welcher diese 15 Beobachtungen angehören, eine exorbitant hohe Ziffer. Denn wie meine Zusammenstellung im Archiv ergibt, hatte die Periode 1891 bis 1895 nur eine Mortalität von 22,2% (unter 36 Fällen 28 Genesungen) und das Intervall 1896—1900 gar nur eine solche von 16,1% (unter 31 Fällen 26 Genesungen).

Indessen diese hohe Sterblichkeitsziffer wird verständlicher, wenn wir den kläglichen Zustand berücksichtigen, in welchem jene 5 Pat. sich zu dem notwendigen Eingriff einstellten: Infolge mehrfacher Blutung in den Fruchtsack stark anämisch und fiebernd, war die Kranke des Falles Nr. 2 in die Behandlung des Operateurs eingetreten und erlag schon 1/2 Stunde nach Beendigung des Eingriffs der mit letzterem verbundenen Blutung. In einem Zustand ausgeprägter Inanition und vollkommener Obstipation befand sich Nr. 7, welche trotz wohlgelungener Operation wohl mit infolge ihrer allzu sehr daniederliegenden Wiederstandskraft am 8. Tage p. op. einer Pneumonie zum Opfer fiel. Direkt hoffnungslos trat Fall Nr. 10 in die Behandlung ein: erst 11 Tage nach dem Wehenbeginn war ärztliche Hilfe nachgesucht worden, der Tod erfolgte 8 Stunden nach der Operation an Erschöpfung. In nicht minder elendem Zustand, durch ein vielmonatliches Krankenlager aufgezehrt, behaftet mit einem durch die Ungunst seiner Lage geradezu einzig dastehenden Fruchtsackgebilde, kam Fall Nr. 13 zur Operation, so daß, als infolge der gefährlichen Insertion der Placenta auf der Leber ein extremer Bluterguß in die Nachgeburt hinein erfolgte, der Tod unabweisbar wurde. Es bleibt der Fall Nr. 14, dessen tödlicher Ausgang, obwohl auch hier die Pat. heruntergekommen, ikterisch und anämisch war, weniger von dem Befinden der Pat. vor der Operation, vielmehr von einer seitens der zurückgelassenen Placenta verschuldeten Sepsis abhängig gemacht werden muß.

Trotz dieses zweifellos schlechten Allgemeinbefindens, welches bei allen 5 Pat. die Prognose der Operation von vornherein zu einer nicht sehr aussichtsvollen machte, dürfen billigerweise nur die beiden Fälle Nr. 10 und 13, von denen die Kranke des ersteren fast moribund, die des letzteren in einem trostlosen, durch eine ungewöhnliche Art des Placentarsitzes komplizierten Zustand zur Operation gekommen war, als der bei ihnen angewandten Operationsart nicht zur Last fallend, aus der statistischen Verwertung der operativen Enderfolge ausgeschieden werden.

Bei den übrigen 3 Fällen aber wird man die Art der Behandlung für den Ausgang derselben verantwortlich zu machen haben. Denn es kommen, wie ich bereits ausführlicher im Archiv erörtert habe, Extra-uterin-Gravide, sofern sie vorgeschrittene Monate erreichen, mit wenigen Ausnahmen in einem erschöpften und leidenden Zustand zur Operation, so daß man mit diesem, falls er nicht außergewöhnliche Grade erreicht, als mit einem in der von der Operation bedingten Gefahrengröße konstanten Faktor zu rechnen hat, welcher

alle Fälle in derselben und gleichen Weise belastet. Als statistisch nicht verwertbar dürfen daher nur solche Fälle außer Betracht gelassen werden, bei denen das voroperative Befinden a priori als ein durchaus hoffnungsloses bezeichnet werden mußte.

Scheiden also unter diesem Gesichtspunkt von den vorhandenen 15 Fällen die beiden Nr. 10 und 13 aus, so bleiben 13 mit 3 Todesfällen = 23% Mortalität.

Vereinigen wir das im Archiv niedergelegte Material mit dem hier neu hinzugekommenen und berücksichtigen wir allein das Zeitintervall 1896—1900, so erhalten wir aus dem Archiv-Bestand 31 Fälle mit 26 Genesungen = 16,1% Mortalität. Hierzu gesellen sich nunmehr die neuen Fälle Nr. 3—13, welche in die Zeitspanne 1897 bis 1900 inkl. entfallen. Von diesen 11 Fällen endeten 3, nämlich Nr. 7, 10 und 13, tödlich. Die letzten beiden fallen aus erörtertem Grunde für die statistische Berechnung aus, somit verbleiben 9 Fälle mit 1 Todesfall. Mit dem Archiv-Material vereinigt, ergeben sich also für 1896—1900 40 Fälle mit 34 Genesungen = 15% Mortalität.

Es ist also diese die Zahl, nicht mehr die im Archiv niedergelegte von 16,1, welche nach dem vorhandenen Gesamtmaterial der Jahre 1896—1900 das in Mortalitätsprozenten ausgedrückte Ergebnis präzisiert, welches die Operation der vorgerückten Extra-uterin-Gravidität mit lebendem Kinde in der Jetztzeit zu verzeichnen hat.

Die 3 Fälle Nr. 14, 15 und 16, welche der allerneuesten Zeitepoche angehören, sind an Zahl zu gering, um statistische Berechnungen mit ihnen anzustellen; wollte man sie indes dem Bestand des Lustrum 1896—1900 zugesellen, so erhielte man für die Zeitspanne 1896—1902 43 Fälle mit 36 Genesungen = 16% Mortalität, so daß sich diese wieder mit der Archiv-Zahl decken würde. (Übrigens wird ja wohl mit diesen 3 Fällen das von den Jahren 1891—1902 gelieferte Material dieser Art nicht erschöpft sein.)

Was die an den 15 Fällen angewandten Operationsmethoden anbelangt, so wurde 5mal die Placenta zurückgelassen, 9mal wurde sie vollkommen, 1mal teilweise entfernt.

Unter den 5 Fällen der Belassung der Nachgeburt war 3mal ein Fruchtsack vorhanden (Nr. 2, 12, 13), welcher in 2 Fällen uneingenäht blieb, in Fall Nr. 12 dagegen in die Bauchwunde eingenäht wurde; 2mal fehlte ein Fruchtsack (Nr. 4, 14), so daß die freie Bauchhöhle im Bereiche des Placentargebietes durch Tamponade versorgt wurde. In diesen beiden sowie im Falle Nr. 13 handelte es sich um atypischen Sitz der Placenta.

Unter den 9 Fällen von Entfernung der Nachgeburt wurde diese 4mal mit dem Fruchtsack in toto exstirpiert (Nr. 3, 7, 9, 11), dabei wurde in Nr. 7 und 11 die Bauchhöhle tamponiert, in Nr. 3 und 9 aber ohne alle Tamponade vollkommen geschlossen. Im Falle Nr. 6 wurde erst die Placenta, dann der Sack isoliert entfernt und die Bauchwunde vollständig geschlossen. In Nr. 15 und 16 mußte ein Sackrest zurückgelassen werden, welcher eingenäht

und tamponiert wurde. In Nr. 8 und 10 handelte es sich um atypischen Sitz der Placenta, in Nr. 8 mit Vorhandensein eines tubaren Sackrestes. In beiden Fällen wurde die Placenta abgetrennt und die Bauchhöhle tamponiert.

Es verbleibt Fall 5, bei dem nach Entfernung des größten Anteils der Placenta nach dem Martin'schen Verfahren behandelt wurde: möglichste Resektion des Sackes, Vernähung desselben und Drainierung des Sackinnern nach der Scheide.

Über die Gegnerschaft der beiden Verfahren — Zurücklassung und Entfernung der Nachgeburt — habe ich im Archiv ausführliche Mitteilungen gemacht. Es ergab das dortige Material des Zeitraumes 1887—1900, wenn gleichwertige Methoden verglichen wurden, für die Zurücklassung der Nachgeburt mit Marsupialisation des Sackes 23,5%, für die Totalexstirpation von Sack inkl. Placenta 8,6% und für die gefäßgesicherte Abschälung der atypisch gelagerten Nachgeburt 7,1% Mortalität. Wurde nur das Intervall 1896—1900 in Berechnung gezogen, so stellte sich sowohl für die Zurücklassung der Placenta mit Einnähung des Sackes, als auch für die gefäßgesicherte Abschälung derselben mit nachfolgender Tamponade der Bauchhöhle die Sterblichkeit auf 16,6%, während die Totalexstirpation von Sack inkl. Placenta das glänzende Ergebnis von 0% Mortalität hatte.

Ähnliche statistische Erhebungen an dem hier gegebenen Material der 15 Fälle vorzunehmen, dürfte wegen der Kleinheit der Ziffern von wenig Belang sein, indessen zeigen doch im großen und ganzen auch diese wenigen Fälle den Vorzug der entfernenden gegenüber dem Nachteil der belassenden Methode. Von sämtlichen 10 Fällen, in denen Sack und Placenta unter dem Schutze chirurgischer Maßnahmen vollkommen oder nahezu vollkommen entfernt wurden, sind nur 2 nicht genesen. Von diesen scheidet der eine Fall Nr. 10 für die statistische Berechnung aus, da die Pat. desselben, wie erwähnt, schon vor der Operation nahezu moribund war. Es ergibt sich also, da unter 9 Fällen einer unglücklich verlief, eine Mortalität von 11,1%. Dagegen sind von den 5 Fällen, in denen die Placenta zurückgelassen wurde, 3 gestorben. Wenn wir Fall Nr. 13 als der Methode nicht zur Last fallend ausscheiden, so erhalten wir 4 Fälle mit 2malig unglücklichem Ausgang = 50% Sterblichkeit.

Aber nicht bloß die unglücklich verlaufenen, sondern auch die genesenen Fälle, bei denen mit Zurücklassung der Nachgeburt behandelt wurde, zeigen durch die Art ihres postoperativen Verlaufes die Mißlichkeit dieser Methode. Von den 15 auf diese Weise behandelten und genesenen Kranken des Archiv-Materials wurde nur 6mal eine reaktionslose Heilung beobachtet, dagegen kam es bei 6 von ihnen in der Nachbehandlungszeit zu zum Teil schweren Fiebersteigerungen und bei 3 sogar zu recht bedenklichen septischen Zuständen. Von den beiden neuen Fällen Nr. 4 und 12 ließ sich leider über den ersteren Fall kein näheres Detail erhalten, aber die Pat. des Falles Nr. 12 machte eine fieberhafte Rekonvaleszenz von 2 Mo-

naten durch, die Kranke des Falles Nr. 13 begann bereits am nächsten Tage zu fiebern, was die Veranlassung des verhängnisvollen Verbandwechsels wurde, und die Pat. von Fall 14 erlag direkt der durch die Zersetzung der Nachgeburt veranlaßten Sepsis.

Somit wird diese Methode der Marsupialisation nur als ein Verfahren der Not zu betrachten sein, falls eine Entfernung der Nachgeburt sich als unmöglich erweist oder der Kräftezustand der Mutter für eingreifende Maßnahmen nichts übrig hat. Als Verfahren der Wahl wird die Methode deswegen nicht zu billigen sein, weil sie den Vorteil, den sie mit der einen Hand in der Stunde der Operation gibt, mit der anderen in der nachoperativen Zeit wieder nimmt.

Von den drei Komplikationen, welche die Totalentfernung von Fruchtsack und Placenta zu erschweren oder sogar zu verhindern imstande sind, nämlich ausgedehnte Adhäsionsbildung zwischen Sack und seiner Umgebung, intraligamentärer Sitz des Fruchtsackes und atypische Lagerung der Placenta, kam die erstere, die ausgebreitete Adhäsionsbildung, bei den hier vorliegenden 15 Fällen 7mal zur Beobachtung. Jedoch gelang trotzdem in 6 Fällen die Entfernung der Placenta, nur in dem Falle Nr. 2 mußte dieselbe zugleich mit dem Sacke zurückgelassen werden. Während dieser letztere Fall unglücklich verlief, kamen von den 6 übrigen Fällen, bei denen die Entfernung der Nachgeburt gelang, 5 zur Genesung.

Der intraligamentäre Sitz des Fruchtsackes wurde unter den 15 Fällen 5mal = 33,3% beobachtet. 3mal war die intraligamentäre Entwicklung eine primäre (Nr. 2, 12, 15), 2mal eine sekundäre infolge Ruptur eines Tubensackes in das Lig. latum. In Nr. 15 und 16 wurde die Placenta mit dem größten Teil des Sackes entfernt, in Nr. 5 mußte ein Stück der Nachgeburt und der größere Anteil des Sackes zurückgelassen werden, in Nr. 2 ließ sich weder Sack noch Placenta entfernen und in Nr. 12 wurde hierzu überhaupt kein Versuch gemacht. Während der Fall Nr. 2 tödlich endete, gelangten die übrigen 4 Fälle zur Genesung.

Der atypische Sitz der Placenta wurde in 5 Fällen konstatiert (Nr. 4, 8, 10, 13, 14). Im Falle Nr. 13 saß die Placenta an Peritoneum und Leber, in Nr. 4 am Darme, in Nr. 8 und 10 an Beckenorganen und in Nr. 14 an diesen und zugleich auch am Darme. Entfernt wurde die Nachgeburt nur in den beiden Fällen Nr. 8 und Nr. 10, in denen sie ausschließlich an Teilen des kleinen Beckens inserierte. Gestorben ist von diesen beiden Fällen Nr. 10, allerdings infolge des elenden Zustandes der Pat. vor der Operation. Von den übrigen 3 Fällen, in denen die Placenta, angeheftet an Organen der Bauchhöhle, zurückgelassen wurde, ist Nr. 13 und 14 gestorben.

Es zeigt sich hier in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Archiv-Arbeit, daß die Anheftung der Nachgeburt an Organen der Bauchhöhle ebenso sehr auf die Möglichkeit der Entfernung der Placenta, wie auf den Ausgang des Falles ungünstig einwirkt. Denn

es erwies sich aus den statistischen Erhebungen des Archiv-Materials, daß unter 16 Fällen von Darminsertion der Placenta nur 5mal, dagegen unter 24 Fällen von Becken-Bauchwandanheftung 13mal zur Ablösung der Nachgeburt geschritten wurde, und daß von 4 Fällen, bei denen die Placenta am Darme zurückgelassen wurde, nur 1 Fall, von 2 Fällen, bei denen sie vom Darme entfernt wurde, gleichfalls nur 1 Fall in Genesung ausging.

Was das Schicksal der Kinder in den 15 Fällen betrifft, so wurde 7mal zu einer Zeit operiert, in der die Lebensfähigkeit der Frucht noch nicht erreicht war. Die übrigen 8 Fälle kamen in der 35., 36., 40. und 48. Schwangerschaftswoche zur Operation.

In 4 dieser vorgeschrittenen Fälle handelte es sich um intraligamentäre Schwangerschaft. Moebius weist darauf hin, daß die intraligamentäre Schwangerschaft deshalb vorgerücktere Entwicklungsstadien erreichen könne, weil sie wegen der extraperitonealen Lage des Fruchtsackes nicht so heftige Beschwerden wie bei intraperitoneal gelegenem Fruchtsacke verursache. In der Tat hatten die Fälle Nr. 5, 12, 15 und 16 über verhältnismäßig geringe Beschwerden zu klagen, ja die Pat. des Falles Nr. 16 hatte eine so reguläre Schwangerschaft, daß sie bei den einsetzenden Wehen ihre normale Niederkunft vor sich zu haben glaubte.

Von den 8 Kindern, welche nach erlangter Lebensfähigkeit durch die Operation gewonnen wurden, ist das von Fall 10 nach 2 Stunden, von Fall 14 nach $13^1/_2$ Stunden und von Fall 12 nach $2^1/_2$ Tagen gestorben. Nr. 5 erlag nach 3 Wochen einer Gastroenteritis. Die Kinder von Fall Nr. 7, 13, 15 und 16 sind am Leben geblieben. Diese Tatsache in Verbindung mit dem Umstande, daß von den 3 bald gestorbenen Kindern alle 3 eine ausgezeichnete Körperentwicklung darboten, nämlich Nr. 12 ein Gewicht von 3500 g, Nr. 14 ein solches von 4250 g und Nr. 10 gar von 5000 g, spricht sehr dafür, daß bei der Aufstellung der Operationsindikationen bei der Extra-uterin-Gravidität mit lebendem Kinde dem letzteren eine gegen früher erhöhte Wertigkeit beigemessen werden dürfte.

Unter solchen günstigen Ergebnissen wird die Rücksicht auf das kindliche Leben dahin führen müssen, die Operation bis nahe zur Reife des Kindes aufzuschieben. In der Tat gelang es in Befolgung dieses Prinzips 3mal vom 5. Monate ab, 2mal vom 6. Monate ab die Mutter bis zum nahen Schwangerschaftsende zu bringen und bei der Operation lebenskräftige Kinder zu gewinnen.

Ein gleicher Erfolg wurde mit dieser zuwartenden Behandlung in den neu mitgeteilten Fällen Nr. 5 und 15 erreicht, indem Kupferberg vom 5. Monate ab, Perlis vom 7. Monate ab, ersterer bis zur 36. Woche, letzterer bis zur 40. Woche die Operation hinausschieben und ein lebenskräftiges Kind entwickeln konnte.

Daß allerdings dabei die Wartezeit nicht bis auf die letzten 2—3 Wochen hin ausgedehnt werden darf, wegen der Gefahr der gerade zu dieser Zeit besonders häufig auftretenden Wehen und

Fruchtsackrupturen, das beweist u. a. auch der Fall Nr. 15, bei welchem sich eine kleine, vor der Ausführung der Operation zustande gekommene Fruchtsackruptur bei der Köliotomie nachweisen ließ.

Die Hinausschiebung der Operation zum Zwecke der Erhaltung eines lebensfähigen Kindes hält Moebius schon deswegen für gerechtfertigt, weil »die Tatsache dafür spricht, daß Frauen, die wegen Extra-uterin-Gravidität in der 2. Hälfte der Schwangerschaft bei lebender Frucht operiert wurden, dauernd steril bleiben. Durch die infolge der Operation gesetzten anatomischen Veränderungen an den Organen des kleinen Beckens überhaupt, insbesondere die ausgedehnten peritonealen Verklebungen, wird wohl eine dauernde Sterilität genügend erklärt«.

Diese Annahme trifft für die Majorität der Fälle zu, ist indessen in dieser allgemeinen Fassung deswegen nicht stichhaltig, weil eine Reihe von Frauen konzipiert und geboren haben, obwohl sie vorher eine Operation wegen vorgeschrittener Extra-uterin-Gravidität mit lebendem Kinde durchgemacht hatten.

Daß eine normale Schwangerschaft einer extra-uterinen späterer Monate mit abgestorbenem Kinde, sei dieselbe nun durch Operation oder durch Naturkraft zu Ende gebracht worden, nachfolgen kann, ist eine oft beobachtete Tatsache.

Bekannt ist, daß Anna Müller, die Mutter des Steinkindes von Leinzell, noch nachträglich 2 Kinder geboren hat. Bandl berichtet, daß Hugenberger in Moskau den Kaiserschnitt, Possi in Graz 3mal künstliche Frühgeburt ausführen mußte, weil ein Lithopädion die normale Geburt unmöglich machte. Ähnliche Fälle erzählt Bandl von Faber, Barnes, Johnston, Greenhalgh u. a. Burckhardt erwähnt einen Fall von Cyprian aus dem Jahre 1700, wo bei einer Frau im 9. Monate Wehen auftraten, im 10. die Menses flossen und im 21. Monate ein ausgetragenes, mazeriertes Kind durch Operation entfernt wurde; die Frau starb nicht, sondern gebar später normal. Derselbe Autor führt ähnliche Beobachtungen aus der älteren Literatur an: Eine Frucht, 20 Monate getragen, unterdessen eine zweite Schwangerschaft durch Abort verkürzt; 2 normale Geburten, 4 und 6 Jahre nach ektopischer Schwangerschaft; 4 Kinder während einer 16 Jahre dauernden Graviditas extra-uterina. 2 Fälle beobachtete Rein: Im 1. Falle kam es im 8. Monate zur Berstung des Sackes und Absterben der Frucht, 11 Monate nachher zur Operation, im 2. Falle trat in der 35. Woche Kollaps ein, operiert wurde aber erst 7 Jahre später; beide Frauen wurden nachträglich schwanger, bei der ersten erfolgte normale Geburt, bei der anderen plötzlicher Tod im 7. Schwangerschaftsmonate. Auch Taylor beobachtete normale Gravidität mit Geburt eines lebenden Kindes im Anschlusse an ausgetragene, abgestorbene, von ihm operierte Extra-uterin-Gravidität.

Es dürfte nicht schwer halten, solcher Fälle noch zahlreiche zusammenzustellen. Die ausgiebigste Bearbeitung über das Thema

von dem Einflusse der extra-uterinen Gravidität auf etwaige folgende Schwangerschaft hat Funk-Brentano gegeben, indem er 125 diesbezügliche Fälle gesammelt hat, an welchen 188mal nach überstandener ektopischer Schwangerschaft Konzeption beobachtet worden ist.

Um an der Hand des hier und in meiner Archiv-Arbeit gesammelten Materials der Fälle von vorgerückter Extra-uterin-Gravidität mit lebender Frucht Kenntnis zu erhalten, ob und wie oft auch bei diesen Fällen nachträglich normale Schwangerschaft beobachtet worden ist, habe ich mich dort, wo nicht etwa durch die Operation die Aussicht auf spätere Gravidität vernichtet worden war, bei den betreffenden Operateuren um Auskunft über diesen Punkt bemüht.

Von 45 Anfragen habe ich 31 Antworten erhalten. Es ist mir eine Pflicht, auch hier für die gütige Mitteilung meinen Dank abzustatten.

Von den entsprechenden 31 Fällen hat man 7 kurz nach der Operation aus der Beobachtung verloren, 17 Frauen haben niemals wieder konzipiert, die übrigen 7 aber sind wieder schwanger geworden und haben geboren.

Zu diesen 7 Fällen kommt nun als 8. Fall mein eigener (Archivliste Nr. 121, Landau). Pat. ist 10 Monate nach der Operation schwanger geworden und hat am richtigen Ende einen kräftigen Knaben spontan geboren. Wochenbett ohne Störung.

Es ergibt sich also, dass unter 25 Fällen, von denen ich mir Kenntnis verschaffen konnte, 8mal eine nachträgliche Entbindung beobachtet worden ist, und daß somit das Überstehen einer Operation bei vorgeschrittener Extra-uterin-Gravidität und lebendem Kinde zwar in der Mehrzahl der Fälle, aber nicht durchgängig steril macht.

Literatur.

1) Ayers, The management of the placenta in advanced extra-uterine abdominal pregnancy. Obstetrics 1899. Februar.

2) Bandl, Handbuch der Frauenkrankheiten, redigiert von Billroth 1877/79. Bd. II: Krankheiten der Tuben. p. 66.

3) Burckhardt, Mitteilung eines Falles von Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter. Dissertation, Basel, 1844.

4) Funk-Brentano, Des grossesses utérines survenant après les grossesses extra-utérines. Thèse de Paris 1898. Ref. in d. Zentralblatt 1898. p. 1399.

5) Moebius, Beitrag zur Kasuistik der Extra-uterin-Gravidität bei lebender und lebensfähiger Frucht. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XV. Hft. 4.

6) v. Ott, Beiträge zur Kenntnis der ektopischen Formen der Schwangerschaft. Leipzig, Georgi, 1895.

7) Rein, Zur Laparotomie bei Extra-uterin-Schwangerschaft. Zentralblatt f. Gynäkologie 1892. Nr. 50.

8) Taylor, Extra-uterine pregnancy. London, Lewis, 1899.

	Frucht innerhalb der ursprünglich. Sackumhüllung				Frucht außerhalb der ursprünglichen Sackumhüllung									
	Nicht intraligamentäre Fruchtsackentwicklung		Intraligamentäre Fruchtsackentwicklung		Ruptur ins Lig. latum		Ruptur in die Bauchhöhle							
							Frucht in einem sekundären Sack		Frucht frei in d. Bauchhöhle mit deutl. Amnionumhüllung		Frucht frei in der Bauchhöhle ohne deutliche Amnionumhüllung			
											Sack vorhanden		Kein Sack vorhanden	
	Mutter genesen	Mutter †	Mutter genesen	Mutter †	Mutter genesen	Mutter †	Mutter genesen	Mutter †	Mutter genesen	Mutter †	Mutter genesen	Mutter †	Mutter genesen	Mutter †
Placenta zurückgelassen. Bauchhöhle offen gelassen				2				13					Bauchh. nicht tamp.	
Sack nicht eingenäht														
Sack eingenäht			12										Bauchh. tamp. 4	14
Placenta entfernt. Bauchhöhle offen gelassen													Bauchh. nicht tamp.	
Sackrest eingenäht			15		16									
Sack isoliert entfernt											8			
Sack inkl. Placenta in toto entfernt	11	7											Bauchh. tamp.	10
Placenta entfernt. Bauchhöhle geschlossen														
Sack isoliert entfernt	6													
* Sack inkl. Placenta in toto entfernt	3						9							
Placenta nur zum Teil entfernt. Bauchhöhle offen gelassen														
Sack vernäht und zur Scheide drainiert					5									

Kasuistik[1].

Fall 1. W. Müller (Hohenweiler). November 1859. Allgemeine med. Zeitung 1862. No. 29.

38jährige IIIgravida. Seit dem Fortbleiben der Regel vor 9 Monaten langsam zunehmendes Größerwerden eines vor 2 Jahren acquirierten Bruches. Seit 3 Monaten anhaltende Beschwerden, Pat. bettlägerig. Sonst körperliches Wohlbefinden. Unterleib nicht aufgetrieben und bei Druck schmerzlos. Uterus nicht über die Schamgegend hervorragend. Vaginale Untersuchung ist unterblieben. Auf dem rechten Oberschenkel aufliegend eine von der Leistengegend entspringende, bewegliche, bis zum Knie reichende Bruchgeschwulst. Haut darüber enorm ausgedehnt und mit erweiterten Venen durchsetzt. In der Geschwulst Kindesteile nachweisbar und Bewegungen zu fühlen. Über einer vom Poupart'schen Bande zur Mitte der Geschwulst hinziehenden schwammigen Masse Placentargeräusch. Operation am Ende der Schwangerschaft. Extraktion eines ausgetragenen, lebenden Kindes. Kollaps infolge innerer Blutung. Mutter 1 Stunde p. op. gestorben. Sektion aus religiösen Gründen nicht gestattet.

Fall 2. G. Braun (Wien). Februar 1894. Zentralblatt für Gynäkologie 1894. p. 485.

27jährige IIIgravida. Letzte Entbindung vor $1^1/_2$ Jahren. In der 7. Woche der Schwangerschaft plötzlicher Anfall von heftigen Schmerzen, leichter Kollaps. 8 Tage später Abgang eines hühnereigroßen Fetzens. Seit der Attacke anhaltende Beschwerden. Starke Anämie, leichter Fieberzustand. Starke Ausdehnung des Leibes, von links nach rechts verlaufend ein harter Tumor. Herztöne nicht wahrnehmbar. Operation in der 28. Woche. Schnitt in Mittellinie. Fruchtsack in großer Ausdehnung mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Inzision des Fruchtsackes trifft am unteren Schnittende einen kleinen Teil der Placenta. Abfluß des Fruchtwassers. Extraktion der Frucht. Entleerung alter Blutcoagula aus dem Sacke. Entfernung des Sackes unmöglich. Tamponade des Sackes. Umstechung der blutenden, verletzten Placentarstelle mit Matratzennähten. Durchblutete Tampons entfernt und neue Tamponade des Sackes. Mutter $^1/_2$ Stunde p. op. gestorben. Kind, 1600 g, bald gestorben.

Sektion: Intraligamentäre Entwicklung des wahrscheinlich tubo-ovariellen Fruchtsackes. Rechtes Ovarium fehlte, rechte Tube mündete mit dem Ost. abd. in die Höhle des Fruchtsackes.

Fall 3. A. Winter (Königsberg i/Pr.). Gütige Mitteilung seitens Herrn Dr. Ihm durch Brief vom 9. Mai 1902.

26jährige IIgravida. Operation in ca. 21. Woche ergibt hinten und rechts von dem sinistroponirten Uterus einen den ganzen Douglas füllenden, mit der Kuppe ins große Becken aufragenden Fruchtsack, der, von der linken Seite ausgehend, mit dem Uterus und rechtem Lig. latum breit verwachsen ist. Abtrennung des vom linken Lig. latum ausgehenden Stiels. Unterbindung von rechtem Uterushorn und Spermatica. Ausschälung des Fruchtsackes aus dem Douglas. Dabei rupturiert der Sack. Austritt von Fruchtwasser und der noch lebenden Frucht. Extraktion der Frucht. Vollendung der Ausschälung des Sackes. Bauchhöhle vollkommen geschlossen. Mutter genesen. Es handelt sich um einen unversehrten Tubensack, vom äußeren Tubenabschnitt ausgehend.

Fall 4. A. Bianchi (Bologna). Juni 1898. Referat aus der Gazetta med. Lombarda 1899 Nr. 41, durch gütige Vermittlung seitens Herrn Dr. Pinna-Pintor in Turin.

30jährige Igravida. 15 Tage nach Ausbleiben der Regel Schmerzen im Unterleib und Kreuz, 1 Monat darauf neue heftige Schmerzen links im Bauche ohne Kollaps. Operation in ca. 28. Woche. Frucht ohne jede Umhüllung frei in der

---

[1] Die Fälle sind nach der Zeit, in welcher sie zur Operation kamen, geordnet. Hinter dem Namen des Operateurs steht das Datum der Operation und dahinter die Angabe, von wo der Fall entnommen ist.

Bauchhöhle. Placenta inseriert am Darme. Frucht extrahiert. Placenta zurückgelassen. Tamponade der Bauchhöhle. Mutter genesen. Frucht 2100 g, lebte 2 Tage.

Fall 5. Kupferberg (Mainz). Juli 1898. Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XV. Hft. 4.

36jährige Igravida. Seit Jahren unterleibskrank. In der 10. Woche Schmerzen rechts im Unterleib, Abgang von Blut. In der 20. Woche Extra-uterin-Gravidität diagnostiziert. Uterus hinter der Symphyse. Douglas durch einen das Becken füllenden elastischen Tumor eingenommen; Bewegung von Kindesteilen. Abwarten bis zur ca. 36. Woche. Laparotomie. Intraligamentärer Fruchtsack rechts. Extraktion der Frucht. Starke Blutung. Versuch der Losschälung der Placenta gelingt nur zu $^2/_3$. Furibunde Blutung. Tamponade. Tiefe Umstechung der Blutgefäße. Rest der Placenta zurückgelassen. Fruchtsack zum kleinen Teil abgetragen. Placentarest stößt sich innerhalb der ersten 6 Tage ab. Mutter geheilt. Ureterfistel, später Nephrektomie. Kind 2500 g, nach 3 Wochen gestorben.

Fall 6. A. Winter (Königsberg i/Pr.). Gütige Mitteilung seitens Herrn Dr. Ihm durch Brief vom 9. Mai 1902.

34jährige Igravida. Im 4. Monate der Schwangerschaft plötzliche Schmerzattacke im Unterleib, verbunden mit mäßiger Blutung, die seitdem andauert. Einige Mal Wiederkehr der Krampfschmerzen. Hinter dem Uterus ein rechtsseitiger, bis zum Nabel reichender, prall-elastischer Tumor, dessen unterer Abschnitt von der Scheide aus im Douglas zu fühlen. Herztöne zu hören. Laparotomie in ca. 25. Woche. Schnitt in Mittellinie. Mannskopfgroßer Tumor, an Uterus und Darm adhärent. Abtrennung der Adhäsionen. Unterbindung von Lig. rot. und uterinem Abschnitt der Tube. Ausschälung des Fruchtsackes. Dabei reißt derselbe. Erweiterung der Rißstelle und Entwicklung der lebenden Frucht. Ablösung der an der vorderen Fruchtsackwand sitzenden Placenta. Darauf Vollendung der Ausschälung des Sackes bis auf den unteren, im Douglas sitzenden Abschnitt. Bauchwunde vollständig geschlossen. Mutter geheilt.

Es handelt sich um einen unrupturierten Tubensack, gebildet vom äußeren Tubenabschnitt.

Fall 7. A. Muratoff (Kiew). Februar 1899. Referat aus dem Journ. akusch. i shensk. boln. 1899 Bd. XIII Nr. 5, durch gütige Vermittlung seitens Herrn Dr. Abuladse in Kiew.

35jährige IVgravida. Letzte Entbindung vor $9^1/_2$ Jahren. Beständige Schmerzen links. Inanition und Obstipation. Operation in ca. 34.—36. Woche. Fruchtsack, allseitig stark verwachsen, wird durch die Tube gebildet. Inzision des Sackes trifft die Placenta. Frucht extrahiert. Fruchtsack inkl. Placenta in toto entfernt, mit Ausnahme eines am Colon descend. festsitzenden Abschnitts. Bauchhöhle tamponiert. Mutter nach 8 Tagen an krupöser Pneumonie gestorben. Kind 1500 g, 43 cm, am Leben geblieben.

Fall 8. N. Alexenko (Charkow). Juli 1899. Gütige Mitteilung des Operateurs durch Brief vom 12. Juli 1902.

24jährige IIgravida. Letzte Entbindung vor $1^3/_4$ Jahren. Im 4. Monate der Schwangerschaft 8tägige Blutung, zugleich heftige Schmerzattacke. Seitdem anhaltende Beschwerden. Operation in der 30. Woche. Frucht ohne jede Umhüllung frei in der Bauchhöhle. Fruchtsackreste vom ampullären Teil der Tube gebildet. Placenta inseriert am Uterus, hinteren Blatt des Lig. latum und Douglas. Nach Abtrennung zahlreicher Adhärenzen Totalentfernung von Placenta und Sackrest. Bauchhöhle tamponiert. Mutter genesen. Kind 1200 g, 36 cm, mit Klumpfüßen, lebte nur 1 Stunde.

Fall 9. P. Zweifel (Leipzig). Oktober 1899. H. Boltze. 2 Fälle von Extra-uterin-Gravidität mit lebendem Kinde. Diss., Leipzig, 1901.

26jährige IIgravida. 1. Schwangerschaft vor $2^1/_2$ Jahren; Abort. Von der 5. Woche der Schwangerschaft an Beschwerden. In der 10. Woche unter wehenartigen Schmerzen bräunlicher Ausfluß. In der 14. Woche plötzlich heftiger

Schmerzanfall. Anhaltende Schmerzen, Schwindel, Erbrechen, Schwäche. Uterus vergrößert, eleviert. Im Leib eine bis zum Nabel reichende Resistenz, mit ihr zusammenhängend ein im Douglas liegender, weicher, fluktuierender Tumor. Unter der Diagnose »Extra-uterin-Gravidität mit Haematocele retro-uterina nach Tubarabort« Operation in ca. 22. Woche. Punktion vom Douglas aus entfernt blutige Flüssigkeit. Versuch der Ausschälung des Sackes macht starke Blutung. Abklemmung der Art. spermatica. Ausschälung des Sackes. Rechte Adnexe intakt, linke an der Bildung des Sackes beteiligt. Bauchwunde vollkommen geschlossen. Mutter genesen. Frucht während der Operation gestorben.

Fall 10. J. M. Black (Knoxville, Penns.). 1899. Annals of gynaecol. and pediatrie 1900. Januar.

37jährige Mehrgebärende. 3 lebende Kinder. Letzte Entbindung vor 6 Jahren. In der 6. Woche der Schwangerschaft Schmerzattacke. 12 Monate nach Beginn der Schwangerschaft Eintritt von Wehen. Laparotomie bei hoffnungslosem Zustand. Frucht frei in der Bauchhöhle. Placenta inseriert an Tube und Hinterfläche des Uterus. Abtrennung zahlreicher Adhäsionen mit Netz und Darm. Abschälung der Placenta, Exzision der Tube. Mutter nach 8 Stunden gestorben. Kind 5000 g, nach 2 Stunden gestorben.

Fall 11. Pryor (New York). 1900. Gütige Mitteilung des Operateurs durch Brief vom 21. Juni 1902.

30jährige Igravida. Seit $5^1/_2$ Monaten schwanger. Anhaltende, nach dem Becken zu ausstrahlende Schmerzen im Unterleib. Bis über den Nabel reichender, mäßig fluktuierender Tumor. Rechts daneben ein zweiter, kleinerer Tumor. Unter der Diagnose »Schwangerschaft bei Ovaialtumor« Operation in ca. 22.—24. Woche. Schnitt in Mittellinie. Der kleine Tumor ist der hoch emporgedrängte Uterus. Der große Tumor, sehr gefäßreich, erstreckt sich von der Gegend des linken Lig. latum bis zum rechten Beckenrand und ist oben mit dem Colon transversum, unten durch zahlreiche Adhäsionen mit dem Beckenperitoneum verschmolzen. Das Lig. ovarii verläuft über dem Tumor und inseriert in seiner Mitte. Man nimmt Ovarialkarzinom an. Abtrennung des Kolons und Ausschälung des Tumors aus seinen tiefen Beckenverwachsungen. Dabei reißt die dünne hintere Wand, Fruchtwasser fließt ab und es erscheint ein lebender Fötus von $5^1/_2$ Monaten. Vollendung der Ausschälung. Unterbindung der Spermatica und linken Uteruskante. Abtrennung des Sackes mit insitzender Placenta. Tamponade der Bauchhöhle. Mutter genesen. Frucht bald gestorben.

Die mikroskopische Untersuchung in Verbindung mit den makroskopischen Verhältnissen läßt die Annahme einer Ovarialgravidität zu.

Fall 12. Cz. Stankiewicz (Warschau). Juni 1900. Czas. Lekarskie 1900. p. 465. Gütige Mitteilung des Operateurs durch Brief vom 2. Juli 1902.

32jährige VIgravida. Letzte Entbindung vor 7 Jahren. Von der 9. Woche der jetzigen Schwangerschaft ab mehrwöchentliches Zu-Bett-liegen wegen anhaltender Beschwerden im Unterleib und zeitweilig peritonitischer Anfälle. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft öftere Blutungen. Am Tage vor der Operation Ausstoßung der Decidua sowie stärkere Wehentätigkeit. Operation in Lodz in ca. 35. Woche. Schnitt links vom Nabel. Intraligamentärer linksseitiger Tubensack. Inzision des Sackes trifft den Rand der hoch oben im Sacke sitzenden Placenta. Starke Blutung durch Kompression gestillt. Extraktion der Frucht. Placenta zurückgelassen. Fruchtsack in die Bauchwunde genäht und tamponiert. Mutter genesen. Fieberhafte Rekonvaleszenz. Placenta stößt sich nach 8 Wochen ab. Mutter mit Fistel geheilt. Kind 41 cm, 3500 g, nach $2^1/_2$ Tagen gestorben.

Fall 13. H. Tuholske (St. Louis). September 1900. Amer. gyn. and obst. journ. 1901. Dezember.

39jährige VIIgravida. In der 11. Woche der Schwangerschaft plötzlicher Anfall von heftigen Schmerzen, Kollaps, Blutabgang aus der Scheide. Untersuchung in der 19. Woche ergibt Herztöne und Kindsbewegungen. Unter der Diagnose »geplatzte Extra-uterin-Gravidität mit Austritt der Frucht zwischen

Leber und Niere« Operation in der 20. Woche. Leberrand dick und blutreich, reicht herab bis mitten zwischen Nabel und Symphyse. Uterus vergrößert, linke Adnexe adhärent, rechte normal. Weder am Uterus noch an den Tuben Zeichen einer stattgehabten Ruptur. Einsetzen von Bauchwandhebeln; dabei gleitet ein Hebel ab und reißt in die brüchige Leber ein Loch. Enorme Blutung, durch Tamponade gestillt. An der unteren Fläche des rechten Leberlappens runde, gefäßreiche, cystische Geschwulstmasse. Da der Zustand der Pat. bedrohlich, wird die Bauchhöhle geschlossen. Fötus nicht zu Gesicht gekommen. Die Chirurgen bezweifelten die Diagnose der Extra-uterin-Gravidität und nahmen kavernösen Lebertumor an. Pat. erholt sich schwer von der Operation, bleibt schwach und bettlägerig. Kindsbewegungen werden von ihr deutlich gefühlt. In der 36. Woche bei sehr schlechtem Allgemeinbefinden 2. Operation. Fruchtsack mit Peritoneum verwachsen. Eröffnung des Sackes. Abfluß von Fruchtwasser. Extraktion der Frucht. Placenta zurückgelassen. Tamponade des Sackes. Nach 8 Stunden Mutter gestorben. Kind 3250 g, bleibt leben.

Sektion ergibt: Fruchtsack zwischen Leber und Niere, Placenta inseriert zu $^2/_3$ auf der Umschlagsfalte des Peritoneums zwischen unterer rechter Leberfläche und Zwerchfell, zu $^1/_3$ auf der Leber selbst.

Fall 14. T. N. und H. N. Rafferty (Robinson, Nordamerika). April 1901. Med. record 1901. September 21.

40jährige Vgravida. Letzte Entbindung vor 4 Jahren. In der 8. Woche der Schwangerschaft Schmerzattacke, Kollaps. In der 12. Woche geringe Blutung und Abgang von Deciduafetzen. Anhaltende Beschwerden rechts, bettlägerig. Mit Auftreten der Kindsbewegungen Erbrechen, Blasen- und Mastdarmstörungen. Am Ende der Schwangerschaft konstatiert man bei der heruntergekommenen, blassen und ikterischen Kranken einen großen Tumor. Herztöne. Uterus vergrößert und leer. Unter der Diagnose »rupturierte Extra-uterin-Gravidität« Operation in der 40. Woche. Frucht querliegend, frei zwischen den Därmen ohne jede Umhüllung. Extraktion der Frucht. Placenta inseriert an der rechten Tube, Uterusfundus, Lig. latum sinistr. und S romanum. Placenta zurückgelassen. Bauchhöhle tamponiert. Anhaltend hoher Puls. Mutter 6 Tage p. op. gestorben. Frucht 4250 g, nach $13^1/_2$ Stunden gestorben.

Fall 15. W. Perlis (Kiew). Juni 1901. Gütige Mitteilung des Operateurs durch Brief vom 6. August 1902.

38jährige Igravida. Ende des 3. und des 4. Schwangerschaftsmonates peritonitische Schmerzen mit mäßiger Blutung. Kein Kollaps. Andauernde Schmerzen während der 2. Hälfte der Schwangerschaft. Pat. kommt 3 Monate vor der Operation in Behandlung. Unter ständiger Obhut Abwarten bis zum Wehenbeginn. Operation in der 40. Woche. Bauchschnitt. Unversehrter, zum großen Teil intraligamentär entwickelter, mit der Umgebung stark verwachsener, tubarer Fruchtsack. Extraktion der Frucht. Isolierte Abschälung der Placenta. Möglichste Entfernung des Sackes mit Unterbindung aller blutenden Gefäße. Nicht entfernbarer unterer Sackrest in die Bauchwunde eingenäht und tamponiert. Mutter genesen. Kind 49 cm, 3000 g, mit Abplattung der linken Kopfhälfte, Kontraktur im rechten Ellbogengelenk und Pes equino-varus, am Leben geblieben, ist jetzt 14 Monate alt. Abnormität an den Extremitäten verschwunden, am Kopfe noch vorhanden.

Fall 16. W. Perlis (Kiew). April 1902. Gütige Mitteilung des Operateurs durch Brief vom 6. August 1902.

32jährige IIIgravida. Letzte Geburt vor 10 Jahren. Anfang des 2. und Mitte des 3. Monates Kollaps mit Bildung einer Hämatokele und mäßiger äußerer Blutung. Kurze Zeit peritonitische Beschwerden. Während der 2. Hälfte der Schwangerschaft keine Beschwerden, so daß Pat., als in der 40. Woche Wehen auftraten, ohne Ahnung des wirklichen Zustandes, ihre normale Entbindung vor sich zu haben glaubt. Pat. kommt erst 7 Stunden vor der Operation in ärztliche Behandlung. Laparotomie. Teilweise intraligamentär entwickelter, stark verwachsener Fruchtsack. Derselbe trägt auf seiner nach der Bauchhöhle zugewandten

Oberfläche ein wohl kurz vor der Operation entstandenes kleines Loch, aus dem sich Fruchtwasser in die Peritonealhöhle ergießt. Frucht extrahiert. Isolierte Abschälung der Placenta. Möglichste Entfernung des Sackes mit Unterbindung aller blutenden Gefäße. Nicht entfernbarer unterer Sackrest eingenäht und tamponiert. Mutter mit kleiner Bauchdeckenfistel geheilt. Kind 48 cm, 3800 g, ist leben geblieben und jetzt 4 Monate alt.

Wahrscheinlich Ruptur des Tubensackes mit teilweisem Austritt des Eies zwischen die Blätter des Lig. latum.

II.

Eine kurze Bemerkung zu Kleinwächter's Entgegnung: Die doppelseitige Unterbindung der Aa. hypogastrica etc. (d. Bl. 1902 Nr. 49.)

Von

Prof. **Krönig.**

Ich kann Herrn Kleinwächter nur folgendes antworten. Weshalb die Erregung? Mein kleiner Aufsatz sollte weiter nichts sein, als eine kasuistische Mitteilung über die Wirkung der Unterbindung der zuführenden Arterien bei der palliativen Behandlung des inoperablen Uteruscarcinoms. Ich habe wirklich nicht daran gedacht, bei einer solchen Kleinigkeit die in- und ausländische Literatur durchzusehen, ob andere Operateure gleiche Erfahrungen gemacht hätten; denn das hierbei überhaupt ein Prioritätsstreit möglich wäre, ist mir nicht in den Sinn gekommen. Ich bin auch der Überzeugung, daß außer Pryor viele andere schon die Unterbindung der zuführenden Gefäße des Uterus ausgeführt haben. Ich hielt es nur für richtig diese kleine Operation gerade jetzt — wie ich auch erwähnt habe — zu empfehlen, weil bei der jetzt häufigen Inangriffnahme des Uteruscarcinoms vom Abdomen aus, der Operateur oft erst nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht, daß der Fall inoperabel ist. Für diese Fälle glaubte ich, um wenigstens der armen Pat. einen vorübergehenden Erfolg zu verschaffen, empfehlen zu sollen, nicht das Abdomen unverrichteter Sache zu schließen, sondern die Hypogastricae etc. zu unterbinden.

Ich habe es nicht für nötig befunden noch besonders zu erwähnen, daß natürlich das Karzinom im Wachstum wenig oder gar nicht beeinflußt wird. Dies lag ja schon in den Worten »palliative Behandlung«, aber ich teile Herrn Kleinwächter noch zur Beruhigung mit, daß von den drei Pat. inzwischen schon eine gestorben ist und daß die beiden anderen sicher demselben traurigen Los entgegensehen. Dies ändert aber nichts an der Tatsache, daß die Operation in den drei Fällen vorübergehend einen eklatanten Erfolg in bezug auf die Blutung hatte. Ob andere Operateure gleiche Erfahrungen machen werden, wird vielleicht die Zukunft lehren.

Referate.

1) R. Chrobak. Zur Tamponade des puerperalen Uterus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 38.)

Über die Notwendigkeit einer sachgemäßen und zuwartenden Leitung der Geburt zur Verhinderung von Blutungen herrscht keine Meinungsverschiedenheit; anders ist dies in bezug auf die Anwendung jener Hilfsmittel, welche gegen die schon bestehende Blutung angewendet werden; so stößt namentlich die Uterustamponade wieder in der letzten Zeit auf Widerspruch. So wenig nun diese Behandlungsmethode in allen Fällen hilft und so zweifellos dieselbe viel zu häufig ausgeführt wird, ebenso wenig möchte sie C., ganz besonders in Rücksicht auf die Bedürfnisse des praktischen Geburtshelfers, vollkommen missen. Von allen den verschiedenen Mitteln, die dem Personal der Klinik bei der Bekämpfung von Blutungen zu Gebote stehen, kann der praktische Arzt oft nur wenig verwenden, wenn er auf sich allein angewiesen ist. Weitere Schwierigkeiten entstehen daraus, daß es ihm oft unmöglich ist, den Grad des Blutverlustes richtig zu beurteilen. Die bekannten Zeichen der schweren Anämie treten eben oft genug erst erst dann auf, wenn der üble Ausgang nicht mehr abzuwenden ist. Damit hängt es zusammen, daß nicht selten mit den Vorbereitungen zum Eingriff kostbare Minuten verloren gehen. Im ernstesten Falle muß der Arzt auch undesinfiziert an die Stillung der Blutung gehen; gerade hier tritt der Vorteil der »reinen Hand« so recht zutage, wie jener der Verwendung von Kautschukhandschuhen. Cervixrisse, welche bluten und die der Naht zugänglich sind, müssen genäht werden. Wo dies nicht möglich ist, mag das von Henkel empfohlene Zuklemmen mit Hakenzangen, über welches C. keine Erfahrung zu Gebote steht, des Versuches wohl wert sein, wenn er auch weder das Klemmen des Ureters, noch mehr aber dessen Verletzung durch die Zangen als etwas Gleichgiltiges betrachten kann. Aber auch hier bedarf man eines Assistenten, und so werden oft genug Cervixrisse mit Tamponade behandelt werden müssen. Die Tamponade des ganzen Uterus stellt bei Atonien jenes Verfahren vor, das über Gebühr belobt und unverdient zurückgesetzt, den praktischen Geburtshelfer in die Lage bringen soll, jeder atonischen Blutung Herr zu werden. Der Glaube an die Sicherheit des Verfahrens aber mag öfter den üblen Ausgang des Falles verschuldet haben, weil mancher im blinden Vertrauen auf die Tamponade die nötige Exaktheit in der Ausführung derselben nicht angewendet hatte.

In den Jahren 1899—1901 kam unter mehr als 10 000 Geburten in der Klinik C.'s 65mal Atonie vor, bei der Ergotin und Massage nicht ausreichten und die mit heißer Lysolinjektion in den Uterus, einige Male auch durch Ausspülung mit Gelatinelösung etc. behandelt werde mußte. Letztere schien gute Dienste zu leisten, wird

aber wegen der bekannten Gefahr der Infektion nicht mehr von C. empfohlen. Von obigen 65 Atonien entfallen 27 auf solche Fälle, in denen einzig und allein der Atonie wegen die Uterustamponade angewendet wurde. Unter diesen hat die Tamponade dreimal versagt; einmal bei bestehender Osteomalakie (Kraniotomie), parenchymatöser Nephritis und Hydrops, Tod an Anämie; im zweiten Falle wurde wegen fortdauernder Blutung des Uterus vier Stunden später vaginal exstirpiert; im dritten Falle verblutete sich die Frau wegen unrichtig ausgeführter Tamponade in den Uterus hinein.

Von den übrig bleibenden 24 Frauen erkrankten zwei an ernsteren Puerperalprozessen, genasen aber auch. Unter allen diesen Fällen hat also das Verfahren nur einmal (in dem zweiten letal ausgegangenen Falle) versagt. Mißerfolge sind übrigens auch von anderen beobachtet worden, und daran mag oft genug das Fehlen der Gerinnungsfähigkeit des Blutes, welche eben die Voraussetzung ist, Schuld tragen. Immerhin hat aber die Tamponade für gewöhnlich Erfolg. Nur muß sie richtig ausgeführt werden, was aber in manchen Fällen, namentlich dann, wenn man mit der Kornzange — einem bekanntlich nicht ungefährlichen Instrumente — tamponiert, schwierig sein kann. Zum Beweis dafür beschreibt C. den schon oben erwähnten Fall, in welchem mangelhafte Tamponade die Ursache des Exitus war, genauer. Es handelte sich um eine Elftgebärende; bei den fünf letzten Geburten manuelle Placentalösung. Als nach der Geburt des Kindes und der Placenta je eine stärkere Blutung aufgetreten war, die durch Ergotin und Massage behoben wurde und bald eine heftige Atonie sich einstellte, wurde wegen hochgradiger Anämie die Uterustamponade ausgeführt. An der Placenta war kein Defekt bemerkt worden. Schon während der Tamponade war der Radialpuls kaum fühlbar; obwohl keine Blutung nach außen mehr auftrat, doch $3^1/_2$ Stunden später Exitus. Bei der Autopsie stellte sich heraus, daß zwar der weitaus größte Teil des Uterus von der Tamponade ausgefüllt war, daß aber in dem etwas ausgebauchten rechten Uterushorn ein eigroßer Placentarest saß und eine beiläufig faustgroße, mit geronnenem Blute gefüllte Partie des Uterus daselbst nicht tamponiert worden war. Es war mittels Kornzange tamponiert worden, der Placentarest als Uteruswand gedeutet und aus Furcht vor einer Verletzung der Uteruswand die Tamponade nur bis dahin gelegt worden. Zur Vermeidung solcher Irrtümer kann die Kontrolle mittels der Finger zweifellos viel beitragen. Es ist übrigens bei der Uterustamponade stets die Gefahr im Auge zu behalten, daß der während der Tamponade kontrahierte Uterus nachträglich erschlafft, wodurch sich seine Wand von der Gaze abheben kann; so entsteht dann eine neue Blutung. Deshalb ist auch nach der Tamponade der Uterus zu überwachen, zart zu massieren und durch Ergotin im Kontraktionszustand zu erhalten. Gefehlt ist es stets, bei tamponiertem oder nicht tamponiertem Uterus zu energisch zu kneten.

Keitler (Wien).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 22. April 1902.

Vorsitzender: Piskacek; Schriftführer: Regnier.

I. Bürger: Demonstration von Präparaten.

B. demonstriert ein 11 Tage altes Kind mit angeborenem Defekte des rechten Unterkiefers, teilweiser Verkümmerung der oberen Extremitäten, einer operativ beseitigten Atresia ani und anderen Bildungsanomalien.

(Erscheint demnächst ausführlich in der Wiener klin. Wochenschrift.)

II. Lindner: Ein Fall von kongenitaler Elephantiasis.

L. demonstriert einen Neugeborenen mit kongenitalen Lymphangiomen und Akromegalie.

Mutter IIpara. I. Partus spontan, Kind reif und lebend, ohne jede Anomalie. II. Partus vor 3 Tagen; die Geburt des 4550 g schweren, 53 cm langen Knaben erfolgte spontan.

Die rechte Unterextremität des Neugeborenen erscheint durch eine Reihe teils fluktuierender und kompressibler, teils derber, anscheinend aus fibrösem Gewebe bestehender, in der Haut sitzender Tumoren mächtig verdickt. Oberflächlich kleinere Phlebektasien und Naevi vasculosi.

In der Haut jeder Hinterbacke je ein rundlicher, kleinapfelgroßer, weicher Tumor, der stellenweise derbere Stränge zeigt. Außerdem erweisen sich die Füße, an diesen vor allem die Zehen und ganz besonders die großen Zehen unverhältnismäßig groß, wobei die Akromegalie am linken Beine viel stärker ausgeprägt ist als am rechten. Hydrocele dextra.

In der Aszendenz keinerlei kongenitale Anomalien.

III. Hübl: Sektionsbericht über einen Fall von primärem Chorionepitheliom in der Vagina.

Die Frau mit dem primären Chorionepitheliom in der Scheide, welche ich in der letzten Sitzung vorzustellen die Ehre hatte, haben wir nicht mehr operiert.

Schon am nächsten Tage nach der Sitzung trat Stechen in der linken Lunge auf, und es stellte sich blutiges Sputum ein. Die Metastasen in der Scheide schienen unter unseren Augen zu wachsen.

Aus dem Verlaufe der Krankheit hebe ich folgende Momente besonders hervor.

Am 22. März blutete die Kranke sehr heftig aus der Scheide und sie mußte mit klebender Jodoformgaze tamponiert werden. Der Tampon lag einen Tag. Am 26. März trat wieder eine sehr bedeutende Blutung auf. Die Jodoformgazetamponade blieb von dieser Zeit an permanent liegen und wurde nur bei länger andauerndem Fieber gewechselt. Der Tamponwechsel geschah am 30. März und am 7. April. Dabei ließ sich ein verhältnismäßig starker Blutverlust nicht verhindern.

Das Blutspucken hielt bis zum Tode unausgesetzt an.

Vom 18. März an bestand Foetor ex ore, der sich immer mehr steigerte.

Die Schmerzhaftigkeit in den Lungen war sehr gering.

Die Frau starb am 8. April, also kaum 2 Monate nach der Exstirpation des primären Tumors resp. ungefähr $2^1/_2$ Monate nach dem Beginn der Krankheit.

Von der Sektion (Doz. Störk) erlaube ich mir die Präparate und die wohlgetroffenen Bilder von denselben zu zeigen.

1) Genitale, von rückwärts aufgeschnitten; links in der Scheide primärer Tumor, rechts die erste Metastase, dann zerstreut in der Scheide viele kleine Metastasen. Metastasen im linken Ovarium. Auf der Vorderseite dieses Präparates sieht man das Übergreifen des Tumors auf die Harnblase. Der Uterus ist vollkommen gesund.

2) Leber, multiple Metastasen in derselben.

3) Lunge mit vielen Metastasen.

(Erscheint ausführlich.)

Chrobak zeigt das von Hübl erwähnte Präparat mit noch größeren Metastasen in der Lunge.

VI. Wimmer demonstriert das Präparat einer Graviditas interstitialis.

Das Präparat stammt von einer 36jährigen gesunden Frau, die vor 9 Jahren einmal geboren hatte. Periode seither regelmäßig, jedoch stärker als früher. Seit 5 Jahren nach abwärts ziehende Schmerzen in der Unterbauchgegend beiderseits.

Seit Ende Januar 1902 fühlt sich Pat. krank, klagt über beständiges Frieren im Unterleib, hat jedoch keine Schmerzen.

Am 6. Februar Eintritt der Periode mit 8tägiger Verspätung, dauert über die Norm, 14 Tage lang.

Am 8. Februar bekommt Pat. nach dem Aufstehen heftiges Übelsein, dann einen Ohnmachtsanfall. Nach dem Erwachen intensive Schmerzen im Unterleibe. Auffallende Blässe soll angeblich nicht bestanden haben.

Eine Untersuchung war wegen der hochgradigen Schmerzhaftigkeit nicht durchführbar. Unter Bettruhe und antiphlogistischer Behandlung verschwinden die Schmerzen, jedoch bleibt in der rechten Unterbauchgegend ein starkes Spannungsgefühl. Auch besteht daselbst Druckempfindlichkeit.

Am 20. März Eintritt einer mäßig starken Blutung von 10tägiger Dauer.

Am 18. April wurde Pat. ins Maria Theresien-Frauenhospital aufgenommen.

Die Untersuchung ergibt: Mäßiger Ausfluß, Uterus liegt in Mittelstellung, ist größer (ungefähr von der Größe einer 6wöchentlichen Gravidität), derb.

Die linken Adnexe sind normal, auf der rechten Seite findet man einen mit dem Uterus fest verbundenen, über gänseeigroßen, länglich runden, harten Tumor. Hinten und etwas außen vom Tumor ein mandelgroßer, als Ovar angesprochener Körper. Lig. rotundum auch in der Narkose nicht tastbar.

Laparotomie.

Der vergrößerte Uterus ist um seine Längsachse etwas nach links und hinten gedreht, so daß das rechte Uterushorn nach vorn zu gewendet ist. Dasselbe ist stark aufgetrieben und bildet mit dem nächstgelegenen Anteil der rechten Tube den bei der Untersuchung getasteten, über gänseeigroßen Tumor.

Der übrige Teil der Tube ist ungefähr bleistiftdick, der ampulläre Anteil durch dünne, membranöse Adhäsionen in Windungen fixiert. Das rechte Ovarium ist etwas vergrößert und enthält das Corpus luteum. Die linken Adnexe sind normal.

Das rechte Lig. rotundum ist etwas nach innen vom äußersten Rande der Geschwulst inseriert, so daß ein Drittel des Tumors nach außen, zwei Drittel nach innen vom Lig. rotundum zu liegen kommen.

An dem vom Uterus entfernten Pole des Tumors befindet sich ein hellergroßer Defekt der hier stark verdünnten Tubenwand. In demselben ist der an die Tubenwand fest anliegende, braunrote Inhalt des Tubensackes zu sehen. Die Konsistenz des Tumors ist derb.

Im Douglas zwei kleine Blutkoagula, die Veränderungen (Organisation) zeigen, welche auf einen mehrwöchentlichen Bestand schließen lassen.

Beim Herausheben des Tumors reißt die Tubenwand von der defekten Stelle aus weiter und entleert einen länglich runden, harten, etwas unebenen, braunroten Körper, der mit einem Pole ziemlich fest im innersten Winkel des Sackes haftet.

Der Tubensack zieht sich nach der Entleerung der Mole rasch zusammen, Blutung erfolgt keine.

Der Fruchtsack wird aus dem Uterus ausgeschält, wobei das Cavum uteri nicht eröffnet wird, und samt Tube und Ovarium entfernt. Naht der Uteruswunde in 2 Etagen.

Mit Rücksicht auf die Ansatzstelle des Lig. rotundum, wonach zwei Drittel der Geschwulst innerhalb des Lig. rotundum zu liegen kommen, und mit Rücksicht auf die Haftstelle des Eies, welche im innersten Winkel des Tubensackes,

dem Cavum uteri genähert, sich befindet, muß man hier von einer Graviditas interstitialis sprechen, wenn auch sekundär der angrenzende freie Teil der Tube zur Bildung des Fruchtsackes herangezogen wird.

Im Innern der harten Mole findet man einen $1^1/_4$ cm langen Embryo und zwar ganz nahe dem Pole, an dem das Ei fest gewachsen war, ein Beweis, daß das Ei sich tatsächlich im interstitiellen Teile der Tube entwickelte.

Chrobak: Bei der großen Seltenheit solcher Vorkommnisse und der Schwierigkeit der Diagnose ist es wichtig, auf jedes Symptom zu achten; C. fragt, ob es sich auch hier, wie es gewöhnlich angegeben wird, bewahrheitete, daß bei Graviditas interstitialis eine unverhältnismäßige Verlängerung und keine starke Verbreiterung des Uterus stattfinde. Es ist dies oft das einzige Kriterium, um eine interstitielle Schwangerschaft von einer anderen Extra-uterin-Schwangerschaft zu unterscheiden.

Wimmer: Eine Verlängerung war nur auf der rechten Seite zu bemerken, insofern, als sich die obere Kante des Fundus deutlich nach abwärts wendete, und zwar nicht gerade in senkrechter Richtung; die rechte Uterusecke war etwas höher stehend.

Chrobak: Das würde ja stimmen.

V. Blau (als Gast): Demonstration eines (rechtsseitigen) Ovarialtumors von eigenartiger Form, welchen Hofrat Chrobak bei einer 36jährigen Frau per laparotomiam entfernt hat. Reichlicher Ascites. Mehrere strangförmige parietale Adhäsionen. Linkes Ovar, cystisch degeneriert, ebenfalls entfernt. Glatte Heilung.

Das Präparat stellt einen etwa 3mannsfaustgroßen, ganz unregelmäßig gestalteten Tumor dar, an welchem sich zwei durch eine Furche getrennte Teile unterscheiden lassen: ein ca. mannsfaustgroßer, cystischer Tumor und ein größerer solider, von ganz unregelmäßiger höckriger Form. An seiner Hinterfläche zeigt derselbe die Form einer Schüssel, in deren Höhlung sich mehrere Tumorknollen von Haselnuß- bis Kleinapfelgröße vorwölben. Die Farbe ist hier eine weißgelbliche, zum Teil rötliche, an den Randpartien sehnenartig glänzend. Mit dieser Randpartie hängt der oben erwähnte cystische Tumor zusammen. An der Verbindungsstelle ist ein Ovarialrest deutlich zu erkennen und an diesem — durch das Ligament verbunden — ein ca. 6 cm langes Tubenstück. Über die Vorderseite des derben, höckrigen Tumors ist eine netzartig aussehende Membran gespannt, ein dünnes, häutiges Gebilde, von Gefäßen durchsetzt und von zahlreichen, netzartig angeordneten Strängen durchzogen. Diese Stränge sind zum Teil von der Dicke eines Zwirnfadens, zum Teil auch bis auf Daumendicke anschwellend, zum Teil mit knotenartigen Anschwellungen versehen. Die Stränge bestehen makroskopisch aus einem derben, weißrötlichen, auf dem Durchschnitte zum Teil faserigen, zum Teil homogenen Gewebe. Dieses ganze omentumartige Gebilde ist mit seinen Randpartien an dem größeren Tumor adhärent, einzelne Stränge, sowie ein Teil der Membran selbst inseriert an der Oberfläche der oben beschriebenen Cyste. Außer den in der Membran selbst und den ganz frei verlaufenden Strängen findet man solche, die durch zarte Membranen unter einander und mit dem Tumor verbunden sind.

Mikroskopisch erweist sich der höckrige, solide Tumor als mittelgroßzelliges Spindelzellensarkom auf dem Boden eines sehr zellreichen Fibroms.

Schnitte, welche durch die oben beschriebenen freien Stränge an verschiedenen Stellen gelegt wurden, geben mikroskopisch teils das Bild eines einfachen gefäßreichen Bindegewebes, zum größeren Teile aber zeigen sie Sarkomgewebe auf dem Boden eines solchen, an vielen Stellen deutlich einem größeren Gefäße entlang wuchernd.

Der Vortr. glaubt deshalb die eigentümliche Strangbildung des Tumors — die frei verlaufenden Stränge betreffend — vielleicht so erklären zu dürfen, daß es sich auch hier ursprünglich um ganz zarte Adhäsionen handelte, deren weniger gefäßreiche Teile zugrunde gingen, während die resistenteren, den größeren Ge-

fäßen entsprechenden Teile persistierten und denselben entlang vom Sarkom durchwuchert wurden.

VI. Keitler: Zur Frage der Infektiosität des Badewassers bei Schwangeren und Gebärenden.

K. berichtet über Versuche, welche er mit Dr. Hertzka bezüglich des Eindringens von Badewasser in die Scheide bei Schwangeren angestellt hat. Bei der von Sticher (Zentralblatt für Gynäkologie 1901) angewendeten Methode konnte aus dem Scheidensekret der Gebadeten Prodigiosus gezüchtet werden. Da die Untersuchenden glaubten, daß bei der von Sticher geübten Methode der Sekretentnahme Fehler unterlaufen können, wurde die letztere modifiziert. Den Schwangeren wurde vor dem Bade ein steriler kleiner Probetampon ins Scheidengewölbe eingelegt. Ein an dem Tampon befestigter Faden läuft durch ein in die Scheide eingelegtes und vor der Vulva fixirtes, am äußeren Ende wasserdicht verschlossenes Glasrohr vom Kaliber der Döderlein'schen Röhrchen. Die Vorrichtung gestattet durch Vorziehen des Röhrchens und des Tampons von jeder beliebigen Stelle der Scheide Sekret zu entnehmen; ein Fehler konnte nur in der Richtung unterlaufen, daß neben dem Rohr Badewasser eindringt. Bei 19 Versuchen wuchs 18mal auf den mit Scheidensekret beschickten Nährböden kein Prodigiosus, während einmal Prodigiosus aufging: in letzterem Falle war ein Versuchsfehler unterlaufen. Immer wurden Kontrollversuche vorgenommen und mittels der gleichen Vorrichtung aus dem Badewasser und von den äußeren Genitalien Proben entnommen, wobei stets der Prodigiosus reichliches Wachstum zeigte. Daraus glauben die Untersucher einwandsfrei folgern zu können, daß das Badewasser nie höher in die Scheide eindringt, als die Scheide klafft. Dieses Resultat deckt sich mit dem von Winternitz auf der Naturforscherversammlung in Hamburg erwähnten.

Trotzdem aber wurden in der Klinik Chrobak seit Oktober 1901 die Wannenbäder bei Kreißenden eingestellt, da einerseits die Badeeinrichtungen im Verhältnis zum großen Andrange — ca. 3500 Geburten im Jahre — recht dürftig sind, hauptsächlich aber in Würdigung der von Stroganoff gegen die Zulässigkeit des Bades bei Gebärenden erhobenen Einwänden. Die in den Kreißsaal eintretenden Frauen werden unter fließendem Wasser auf einer Blechpritsche gereinigt, hierauf die äußeren Genitalien mit Seife und Waschel gewaschen. Zahlenmäßige Resultate bezüglich der Wochenbettsmorbidität können derzeit noch nicht angegeben werden. Jedoch sind die Resultate im allgemeinen sehr günstig.

Chrobak: Selbstverständlich ging man zu diesen Versuchen mit Prodigiosuskulturen erst dann zu Werke, nachdem sowohl Weichselbaum als Gruber Gutachten über die Unschädlichkeit derselben abgegeben hatten. Seit dem Winter des vorigen Jahres wurde der Gebrauch von Reinigungsbädern aufgegeben. Die Einrichtungen in der Klinik sind bekanntermaßen solche, daß sie ihrem Zwecke nicht entsprechen. Wären mehr Wannen und solche, die sich gut reinigen lassen, zur Verfügung, wäre ferner genügend Wasser und wären genügend Hände vorhanden, um die Frauen zu reinigen, so hätte C. vielleicht nicht zu diesem Mittel gegriffen. Da das alles nicht der Fall ist, wird seit dieser Zeit die Reinigung der Schwangeren fast ausnahmslos auf flachen Wannen vorgenommen. Dabei geht die Reinigung der Schwangeren und Gebärenden besser vor sich; die Wanne in Gestalt einer mäßig tiefen Tasse steht so hoch, daß die reinigenden Personen sich nicht bücken müssen. Die Reinigung geschieht nun unter einem fortwährenden Strahle von warmem Wasser, wozu ein Mischapparat in die Leitung eingeschaltet ist. Die Schwangere wird abgeseift und mit dem Waschel abgerieben. Dabei ist speziell die Reinigung der äußeren Genitalien ohne Vergleich besser auszuführen, als in der Tiefe der Badewanne. C. legt Gewicht darauf, daß hierbei die ganze Oberfläche des Körpers der Gebärenden besichtigt werden könne, daß Schrunden, Abszesse, Eiterpunkte u. dgl., welche zu Infektion Veranlassung geben können, hier besser gesehen werden können, da der auf dem Rücken oder Bauche lagernde Körper rascher und vollkommener übersehen werden könne, als wenn die Frau im Bade sitzt.

Seit der Zeit dieser Neuerung kamen mehr als 1000 Entbindungen vor und es scheint die Morbidität tatsächlich geringer geworden zu sein; im übrigen müssen die weiteren Resultate noch abgewartet werden.

(Der Apparat wird besichtigt.)

---

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 14. November 1902.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Herr Wertheim (Wien) (als Gast) hält den angekündigten Vortrag: Über die regionären Lymphdrüsen beim Gebärmutterkrebs.

Vortr. zeigt mit Hilfe des Projektionsapparates zahlreiche Präparate karzinomatöser Lymphdrüsen und macht besonders auf eigentümlich drüsig-epitheliale Gebilde aufmerksam, welche er in den Lymphdrüsen, aber immer nur dann gefunden hatte, wenn der Uterus karzinomatös erkrankt war.

Diskussion. 1) Herr Mackenrodt: M. H., die Arbeit, die diesen Demonstrationen voraufgegangen, ist sehr groß. Die Bilder, welche uns gezeigt worden sind, sind so vielgestaltig, daß ich Herrn Wertheim beipflichte, daß nicht immer ein sicherer Schluß aus ihnen zu ziehen ist. Als den interessantesten Teil seiner Auseinandersetzungen betrachte ich die Frage der schlauchförmigen Gebilde in den Drüsen mit einschichtigem Epithel. Ich stehe nicht an, zu erklären, daß ich auch nicht glaube, daß es sich hier um karzinomatöse Bildungen handelt, obwohl sie zweifelsohne stark geneigt sind, anaplastisch zu werden. Aber wenn die anaplastische Neigung dieser einschichtigen Drüsenschläuche des öftern beobachtet wird — ich habe sie bisher nicht gesehen — so weiß ich nicht, ob wir nicht doch diesen Drüsenschläuchen prognostisch eine andere und nicht so gutartige Bedeutung beimessen als bisher. Die weiteren Untersuchungen werden ja darüber Klarheit schaffen. Insbesondere denke ich aber hierbei an die Befunde von Hauser, die Herr Wertheim ja gewiß auch kontrolliert hat. Hauser hat in normalen Lymphdrüsen bei Nichtkrebskranken ganz normale Epithelien versprengt gefunden, und zwar auch nesterweise. Das speziell die Drüsen, in denen diese Schläuche gefunden sind, makroskopisch stark verändert erscheinen, ist mir nicht weiter auffallend nach den gleichen Befunden an der Uterusmuskulatur bei mesonephritischen Keimeinlagerungen.

Es ist damit noch nicht gesagt, daß diese drüsigen Gebilde nun infolge ihrer malignen Eigenschaften diese Veränderungen in den Drüsen hervorrufen. Desgleichen muß ich Herrn Wertheim darin beipflichten, und das habe ich an dieser Stelle schon wiederholt ausgesprochen —, daß die prozentualen Verhältnisse des malignen Befallenseins der Drüsen gemeinhin überschätzt werden; und zwar halte ich dafür, daß diese Überschätzung aus der Zweideutigkeit der Epithelbefunde in den Drüsen herrührt und zu Täuschungen Veranlassung geben können.

Das Prozentualverhältnis, welches wir bei unseren Untersuchungen gefunden haben, erreicht nun noch nicht 35%, sondern beträgt 31—32%. Wenn wir allerdings alle diejenigen Drüsen als karzinomatös betrachten wollen, in denen epitheliale Zellen gefunden werden, so sind sie in einem sehr hohen Prozentsatz, vielleicht alle als krebsverdächtig anzusehen. Auch hierüber müssen wir noch lange Untersuchungen machen, ehe wir zu einem klaren Schlusse kommen können.

Auch den Appell an die Fachgenossen, die Drüsenfrage und das prozentuale Vorkommen von Karzinom in den regionären Lymphdrüsen als einen Grund zu betrachten, die Operationsmethode unbedingt zu erweitern und die Drüsen mit zu entfernen, unterschreibe ich voll und ganz, und ich will nur wünschen, daß dieser erneute Ruf Wertheim's, den ich hiermit unterstütze, nicht ungehört bleibe, gleichviel, welcher Operationsmethode man sich zuwenden mag.

2) Herr Olshausen dankt dem Redner für den höchst interessanten Vortrag. Die Drüsenfrage muß unbedingt vollständig ins Klare gebracht werden. Für das

allein oder auch nur hauptsächlich Entscheidende in der Frage des operativen Vorgehens kann O. sie aber nicht halten, weil die Rezidive nur selten von den Drüsen ausgehen, meistens vielmehr vom Bindegewebe, so gut wie bei Exstirpation von Mammakarzinomen.

Die abdominalen Operationen werden vielleicht mehr von einem anderen Gesichtspunkte aus in Zukunft Beachtung finden müssen, nämlich zum Zwecke der Vermeidung von Verletzung der Ureteren.

Herr Wertheim hat auf dem Kongreß in Rom die Hoffnung ausgesprochen, daß vermittels der abdominalen Operation mit Drüsenausräumung die Dauerheilung aller Uteruskarzinome auf 15%, ja auf 20% gebracht werden wird. O. macht darauf aufmerksam, daß er ohne abdominale Operation in 169 Fällen, die bis 1895 inklusive operiert wurden, schon 18—19% Dauerheilungen erreicht hat, wie er in Gießen (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Bd. IX p. 156) im Jahre 1901 mitgeteilt hat.

Neueste Literatur.

4) Archiv für Gynäkologie Bd. LXVI. Heft 3.

1) H. Bergholm (Helsingfors). Über Mikroorganismen des Vaginalsekretes Schwangerer.

Vor der Schilderung der eigenen Versuche gibt Verf. einen Überblick über die stark angewachsene Literatur und die zum Teil sich stark widersprechenden Arbeitsresultate. Seine eigenen Untersuchungen führte Verf. im Laboratorium der geburtshilflichen Klinik zu Helsingfors aus, indem er bei 40 Schwangeren das Sekret der Vagina mit den neuesten Methoden und hauptsächlich nach den von Menge und Krönig angegebenen und für diese Frage verwendeten anaëroben Züchtungsverfahren untersuchte. Im Gegensatz zu Krönig fand B., dass nur wenige Vaginalbakterien absolut anaërob wachsen. Die meisten wachsen auch auf sauren Nährmedien bei Zutritt von Luft und auf neutralen bei Anwesenheit einer reduzierenden Substanz wie Traubenzucker. In kurzem seien hier nur die Resultate angeführt, die besonders wichtig erscheinen:

Das Vaginalsekret war bei sämtlichen untersuchten Schwangeren von saurer Reaktion, wenngleich der Grad der Acidität in hohem Grade variierte.

Obwohl sich in gewissen Fällen aus der Farbe, Konsistenz und Reaktion des Vaginalsekretes schließen ließ, ob Plattenepithelzellen oder Leukocyten vorherrschend waren, so erlaubten dieselben Umstände keine Schlüsse auf den Gehalt an Mikroorganismen.

Eine Einteilung in normale und pathologische Sekrete ist somit nicht tunlich.

Von den im Vaginalsekret am gewöhnlichsten vorkommenden Mikroorganismen leben nur Saccharomyces und eine kurze Stäbchenform besser bei Luftzutritt als anaërob, die meisten besser anaërob.

Die meisten Bakterien waren Stäbchenformen, nur wenige Kugelformen.

Alle im Vaginalsekret Schwangerer gewöhnlich vorhandenen Mikroorganismen sind für Tiere nicht pathogen.

Weder Staphylokokkus pyogenes albus und aureus, noch Streptokokkus pyogenes, noch Bakterium coli ist im Vaginalsekret Schwangerer anzutreffen.

Die Flora des Vulvarsekretes ist wesentlich verschieden von der des Vaginalsekretes. In den allermeisten Fällen leben im Vulvarsekret Bakterien, die bei Luftzutritt auf gewöhnlichen alkalischen Nährmedien gut gedeihen. Die am häufigsten im Vulvarsekret vorhandenen Bakterienarten sind Staphylokokkus cereus albus Passet und Bakterium coli commune Escherich.

2) Poten. Die Verschleppung der Chorionzotten.

Wenngleich Zottenverschleppungen aus den Befunden bei Metastasen von Chorionepitheliomen und Blasenmolen bekannt sind und auch vereinzelte Angaben (Veit, Pels Leusden) über Zottenbefunde in Placentargefäßen unter

normalen Verhältnissen vorliegen, so ist doch die Frage, ob auch bei regelmäßiger Schwangerschaft Losreißung und Fortschwemmung von Zotten vorkommt, noch nicht gemeingültig beantwortet. Deshalb untersuchte Verf. an 7 Präparaten aus den ersten und letzten Monaten der Schwangerschaft, die teils von Operationen myomatöser schwangeren Uteri herstammten, teils von plötzlich verstorbenen Eklamptischen und bei Placenta praevia Verbluteten, und wo sich die Placenta noch im Zusammenhang mit der Uteruswandung befand, die mütterlichen Gefäße der Serotina und Uterusmuskulatur in Serienschnitten, die senkrecht zur Oberfläche der Serotina geführt waren. In allen Fällen fand P. öfter oder seltener abgerissene Chorionzotten im Gefäßlumen frei liegend, sehr häufig da, wo Zottenwucherungen in die Randvenen der Placenta vorhanden waren. Da die untersuchten Präparate nicht besonders ausgesuchte waren, kommt Verf. zu dem Schlusse, daß diese theoretisch leicht erklärbaren Abreißungen bei keiner Schwangerschaft fehlen. Die verschleppten Zotten gehen symptomlos zugrunde. Der Choc en retour und die postkonzeptionelle luetische Infektion des Kindes ist durch sie in befriedigender Weise zu erklären. Bei maligner Entartung des Chorions können solche Verschleppungen zu Metastasen führen.

3) M. Wegscheider. Einiges aus der Geburtshilfe und Gynäkologie des Aëtios von Amida.

Neuere historisch-medizinische Arbeiten beschäftigen sich mit den alten griechischen und byzantinischen Ärzten, und speziell für die Geburtshilfe liefert jeder solcher Beitrag Bausteine im Sinne Siebold's, um vielleicht später zur Vervollständigung und Ergänzung seines klassischen Werkes Verwendung zu finden. Zu diesen Arbeiten zählt auch die verdienstliche des Verf., der zum 80. Geburtstage Virchow's die erste Übersetzung des 16. Buches des griechisch geschriebenen medizinischen Sammelwerkes des Aëtios von Amida, eines um 540 n. Chr. am Hofe von Byzanz lebenden Arztes und Schriftstellers, hat erscheinen lassen, mit dessen Inhalt, der uns ein Bild von dem Stande der Geburtshilfe und Gynäkologie im 6. Jahrhundert gibt, sich Verf. hier kurz beschäftigt. Im Referate dieses Referates nur einige Beispiele, um auf die interessante Reichhaltigkeit des Inhaltes aufmerksam zu machen. Im Abschnitt über Diagnose der Schwangerschaft ist ein Kapitel überschrieben: »Welche Zeichen gab es bei den Alten dafür, ob das Schwangerschaftsprodukt männlichen oder weiblichen Geschlechtes sei?«, in dem die alten irrigen Theorien von der Geschlechtsbestimmung vor der Geburt zusammengefasst sind. — In den für die Beurteilung der Geburtshilfe wichtigsten Kapiteln hat uns Aëtios die Lehren des Philomenos erhalten, die auf eine reiche Erfahrung schließen lassen, welche sich allerdings etwas einseitig auf die Embryotomie erstreckt, die Wendung und Extraktion dagegen selten erwähnt, und uns beweist, eine wie bedeutende Rolle zur damaligen Zeit die Hebammen am Gebärbett spielten. — In den gynäkologischen Kapiteln sehen wir, daß Aëtios nicht nur die Handhabung der Spekula, den Gebrauch der Sonde und anderer diagnostischer Hilfsmittel kennt, sondern auch die bimanuelle Untersuchung.

4) J. v. Braitenberg. Ein Fall von akutem Hydramnion bei eineiigen Drillingen.

Der Fall wurde vom Verf. in der Innsbrucker geburtshilflichen Klinik beobachtet. Im 6. Schwangerschaftsmonat binnen 4 Wochen rasche Leibeszunahme und Geburt von lebenden Drillingen weiblichen Geschlechtes von 21—26 cm Länge bei einer 37jährigen Ipara. Nach der eben erschienenen Zusammenstellung von Saniter ist dies der 9. Fall seit 1866 von eineiiger Drillingsschwangerschaft. Die Ursache des Hydramnion, das unter den 8 vorher beschriebenen Fällen nur 2mal als nebensächlicher Befund notiert ist, ist nicht nachzuweisen. Die Nabelschnuren in der Länge von 21—25 cm erscheinen für die Größe der Eihöhle kurz, nicht aber, wenn man die Zeit der Schwangerschaft, die Größe der Früchte und die plötzliche passive Ausdehnung des Eies durch das akut entstehende Hydramnion in Betracht zieht.

5) **Darger. Zur Kenntnis der Kraurosis vulvae.**

Die bisherigen Veröffentlichungen über Kraurosis vulvae ergeben über die Ätiologie der Krankheit keinen bestimmten Anhaltspunkt und zeigen ein außerordentlich verschiedenes anatomisches Bild. Verf. gibt einen Überblick insbesondere über die histologisch untersuchten Fälle. Er berichtet im Anschlusse hieran über einen in der Prochownick'schen Klinik genau beobachteten Fall, der deshalb von besonderem Interesse ist, weil er nicht mit chronischem Katarrh kompliziert ist und als reiner Fall angesehen werden kann. Die mikroskopische Untersuchung ergibt 5 Charakteristika: 1) Ödem des Papillarkörpers, 2) Elastinschwund, 3) Gefäßerkrankung.

Es ist bei dem negativen Bakterienbefunde unwahrscheinlich, daß ein direkter infektiös-entzündlicher Vorgang den kraurotischen Veränderungen zugrunde liegt. Einen neuen Hinweis nach dem Ausgangspunkte der Erkrankung ergibt die Ansammlung von Plasmazellen in der Adventitia der Gefäße und im Gewebe überhaupt. Es scheint danach, als ob in dem Gefäßnetze der Kutis der primäre Sitz der Erkrankung zu suchen ist, während das Ödem des Papillarkörpers und der Schwund der elastischen Fasern als Folgeerscheinung aufzufassen wäre, der später atrophische Vorgänge folgen. Man kann sich solche Gefäßerkrankungen als Begleit- und Folgeerscheinungen konstitutioneller Krankheiten (Lues, Tuberkulose etc.) denken, oder auch als Folge lokaler, z. B. masturbatorischer Reize. Wenn fernere Untersuchungen reiner, nicht mit entzündlichen Erscheinungen komplizierter Fälle den Befund des Verf. bestätigen, könnte man von einem für Kraurosis vulvae charakteristischen anatomischen Befunde reden. Ergibt sich jedoch, daß bei örtlich infektiösen Prozessen schließlich dieselben anatomischen Veränderungen auftreten, so kann man die Kraurosis als besondere Krankheitsform kaum aufrecht erhalten, sondern muß sie mit Veit als Endstadium entzündlicher Prozesse ansehen.

6) **Voigt. Über gleichzeitiges Bestehen von papillären Adenomen in Niere und Uterus mit Metastasenbildung.**

Bei einer 38jährigen, seit Monaten amenorrhoischen Pat. führte Leopold in Dresden die supravaginale Amputation des vielknolligen, myomatösen Uterus aus. Beim Verbandwechsel bemerkte man einen linksseitigen Nierentumor. Tod an Lungenembolie am 23. Tage p. op. Die Obduktion ergab, daß die linke Niere in einen mannskopfgroßen, knolligen, gelbgrauen Tumor verwandelt war, der nur am oberen Nierenpol ein Stück normalen Nierengewebes freiließ. Nebenniere, retroperitoneale Lymphdrüsen, von denen eine in die Vena cava inf. eingebrochen war, tracheale und cervikale Lymphdrüsen waren von ähnlichen Tumormassen eingenommen. Auch in Leber und Lunge und auf der Pleura fanden sich Geschwulstknoten. Am auffallendsten jedoch war der Befund von ähnlichen Knoten in den Ovarien und zentral in den Myomknollen des Uterus. Alle Geschwulstanteile, die Verf. des genaueren beschreibt, zeigen den gleichen Bau eines papillären Adenoms, dessen Papillen sich anfänglich aus dem Auskleidungsepithel kleiner cystischer Hohlräume entwickeln, und durch die Wucht ihres Wachstums das normale Gewebe verdrängen und erdrücken. In den Myomen nimmt allerdings das Geschwulstwachstum mehr karzinomatösen Charakter an. Verf. sieht den Nierentumor als primär an. Die Knoten in Leber, Lunge und auf der Pleura lassen sich aus dem Durchbruch des Nierentumors in das Venensystem erklären, die Lymphdrüsenmetastasen durch Infektion der Nierenhiluslymphdrüsen. Von den zentralen Ovarien- und Myomgeschwulstknoten glaubt hingegen Verf., daß sie nicht Metastasen sind, sondern vielleicht aus der gleichen Anlage wie der Nierentumor — aus Urnierenresten — hervorgegangen. Eine gewisse Übereinstimmung im Bau der Geschwulst mit den von Birch-Hirschfeld geschilderten sarkomatösen Nierengeschwülsten ist nicht zu verkennen.

7) **Fleck. Beitrag zur Ätiologie der Hydrorrhoea gravidarum.**

Ein neuer Beweis für die Richtigkeit der französischen Ansicht, daß bei Hydrorrhoea gravidarum die abfließende Flüssigkeit Fruchtwasser ist. In der Göttinger Frauenklinik wurde im 8. Monate der Schwangerschaft eine Vpara ent-

bunden, die genau angab, daß im 3. Monate beim Scheuern sich plötzlich wässrig-blutiger Abgang eingestellt und bisher nicht aufgehört hatte. Wie in dem Barschen und Stöckel'schen Falle befand sich an der sonst normalen Placenta nur ein narbiger Rest der Eihäute in Form eines 1 cm hohen Bandes, so daß der Fötus ganz frei in der Uterushöhle gelegen haben mußte. Während Stöckel geneigt ist, die ab und zu eintretenden Blutungen auf Placenta praevia zu beziehen, der er eine ätiologische Bedeutung beilegt, glaubt Verf., daß die Blutungen die Folge von Kindsbewegungen sind, welche zu kleinen Verletzungen der Decidua geführt haben. Die Tatsache, daß die menschliche Frucht in der nackten Uterushöhle ausgetragen werden kann, eröffnet neue Ausblicke auf die Physiologie des Fötus, die Bedeutung des Fruchtwassers etc. Leider hatte die intra-uterine Raumbeschränkung für das Kind üble Folgen, indem sich zeigte, daß es auch nach Verlauf von 3 Monaten noch seine fötale Haltung innehielt. Aktive Streckung der Extremitäten vollführte das Kind nur unvollkommen, und auch passiv ließen sich Arme und Beine nur wenig weiter strecken. Ob Kontrakturen der Flexoren oder bereits Ankylose der Gelenke vorlag, ließ sich nicht entscheiden. — Auf einer Tafel ist eine vorzügliche Abbildung der Placenta der Arbeit beigegeben.

8) R. v. Braun-Fernwald. Zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Extra-uterin-Gravidität.

Auf eine Beobachtungsreihe von 17 Fällen gestützt, deren Berichte der Arbeit folgen, und auf reiche, frühere Erfahrung in der Gustav v. Braun'schen Klinik bespricht Verf. ausführlich das Thema und nimmt zu den heute geltenden Anschauungen der Autoren über die Ätiologie der Extra-uterin-Gravidität, ihre Diagnose und den bei der Behandlung angewendeten Grundsätzen Stellung.

Die vielen Hypothesen über die Entstehung der Extra-uterin-Schwangerschaft zeigen, daß nicht alle Fälle auf gleiche Weise zu erklären sind. Wahrscheinlich können verschiedene Ursachen dazu führen, daß sich das Ei in der Tube einnistet. Die scheinbare stetige Zunahme der Tubenschwangerschaften spricht allerdings für die Entstehung auf dem Boden der Gonorrhoe. Die atavistische Theorie Moericke's läßt sich nicht gut verteidigen, weil man bei ein und derselben Frau niemals ausschließlich Extra-uterin-Schwangerschaften findet. Derselbe Einwand läßt sich gegen die Freund'sche Theorie erheben. Hat auch die Erklärung durch aszendierende entzündliche Prozesse viel Wahrscheinlichkeit, so sprechen doch manche Fälle (wie auch einer aus der Erfahrung des Verf.) dafür, daß auch in einer gesunden Tube das Ei sich implantieren kann. Andererseits ist Extra-uterin-Gravidität in sehr schwer erkrankten tuberkulösen Tuben beobachtet.

Was die Ausgänge nach Unterbrechung der Tubenschwangerschaft betrifft, so ist zwar neuerdings (Füth, Aschoff, Krönig) festgestellt, daß das Ei sich selbst seinen Weg in die Tubenwand bahnt, und daß trotz Hämatokelenbildung noch eine sog. Ruptur mit freier Blutung in die Bauchhöhle stattfinden kann, aber es bleiben diese Fälle Ausnahmen, so daß die konservative Therapie bei Hämatokelenbildung auch noch weiterhin ihre Berechtigung behält.

Des weiteren erörtert Verf. die großen Schwierigkeiten der Diagnose in allen Stadien des Verlaufes. Eingehend bespricht er die Differentialdiagnose zwischen Extra- und Intra-uterin-Gravidität. Die vielfachen Verwechslungen beider beruhen entweder auf einer Torsionsstellung oder Lateroflexion des Uterus, die bewirken, daß die lange Cervix als das ganze Organ imponiert, das Korpus als Fruchtsack oder auf der von v. B. selbst als frühes Schwangerschaftszeichen beschriebenen Ausbuchtung und Vergrößerung des einen Uterushornes, so daß dieses für die gravide Tube, das durch eine Furche getrennte kleinere, härtere Horn als ganzer Uterus angesehen wird. Auch Myome im unregelmäßig geformten Uterus können eine Extra-uterin-Gravidität vortäuschen. Die Probepunktion zur Entscheidung der Frage, ob Hämatokele oder Ovarial- oder Tubencyste vorliegt, kann v. B. nicht empfehlen, weil sie Irrtümer nicht ausschließt und unter Umständen gefährlich sein kann.

Die Therapie betreffend, nimmt Verf. keinen besonderen abweichenden Standpunkt ein. Hervorgehoben sei, daß auch er das Gebiet für das vaginale Vorgehen für äußerst beschränkt ansieht.

Wie Dührssen und Schauta war er einmal wegen der Blutung gezwungen, statt der schwangeren Tube den ganzen Uterus zu exstirpieren. Subjektivem Ermessen wird es immer anheim gegeben bleiben, wie lange man bei Hämatokele mit der Operation warten soll. Der beste Beweis dafür, daß die Hämatokele zurückgeht, liegt darin, daß die Douglasgeschwulst stellenweise andere Konsistenz annimmt, teilweise resistenter wird und die Uterusblutung nach und nach aufhört. Für kleine Hämatokelen, die direkt im Douglas liegen, ist, wenn man sich zur Operation entschließt, nach Verf.s Ansicht der Weg durch das hintere Scheidengewölbe angezeigt, für größere der abdominelle jedenfalls sicherer. Bei sehr großen Hämatokelen mit vielen Verwachsungen kann es wohl einmal ratsam erscheinen, die abdominelle Exstirpation aufzugeben, doch kann Verf., wie viele andere, die vaginale Inzision wegen Blutungsgefahr und der Gefahr der nachträglichen Vereiterung nicht empfehlen. **Courant** (Breslau).

Harnorgane.

5) **Dauvergne** (Lyon). Uterusfibrom mit Kompression der Ureteren.

(Lyon méd. 1902. März 3.)

Ein das Becken ganz ausfüllendes Fibrom bei einer 55jährigen Pat., die seit etwa 6 Jahren an starken Blutungen litt. Allmählich traten dazu Dysurie, zeitweilige ganze oder relative Anurie mit urämischen Erscheinungen, als Erbrechen, Dyspepsie etc. Albumen 3 g auf das Liter; keine rothen Blutkörperchen oder sonstige abnorme Elemente. Sehr schwierige Operation (Hysterectomia totalis) wegen Einkeilung des Tumors. Sofort p. op. verschwinden Erbrechen und Dyspnoë; vom 2. Tage an ist der Urin, dessen Menge sich auch schnell hebt, frei von Albumen. Glatter Heilungsverlauf. **Zeiss** (Erfurt).

6) **J. Orr** (St. Andrews). Eine ungewöhnliche Form von Cystocele als Komplikation im letzten Schwangerschaftsmonat.

(Scottish med. and surg. journ. 1901. Mai.)

Nach 3wöchentlicher leichter Vermehrung des Harndranges trat im 9. Monate einer zweiten Gravidität plötzlich heftige Dysurie, Drang nach unten und Gefühl von »Vorfall ein«. Die Labien der 38jährigen Frau waren etwas ödematös; das Orificium vaginae klaffend, ließ den Finger unmittelbar dahinter auf einen Tumor stoßen von der Dicke einer Darmschlinge mit verdickten Wänden. Derselbe entsprach der vorderen Scheidenwand, in welche er überging; begann an der Basis urethrae, schnürte sich dann nach oben ein, um im vorderen Scheidengewölbe eine zweite Ausbuchtung darzustellen. Eingehende Sonden- und manuelle Untersuchung stellten fest, daß es sich um eine sog. Sanduhrform der Blase handelte, welche, durch starken Druck nach unten gepreßt, die beiden Ausbuchtungen vor der Cervix bildeten. Die obere Hälfte der »Sanduhr« hatte sich zwischen die untere und die Cervix eingedrängt. Unter Bettruhe gingen die Beschwerden und der pathologische Tastbefund spontan zurück und die Geburt erfolgte, indem bis zum Austritt des Kopfes die vordere Scheidenwand leicht nach oben gedrückt wurde, spontan. **Zeiss** (Erfurt).

7) **Noble** (Philadelphia). Die Endresultate der Nephrorrhaphie.

(Sonderdruck 1902.)

Wenn die vorliegende Frage auch rein chirurgischer Natur ist, so ist es doch von Interesse, die Ansicht eines Gynäkologen von großer operativer Erfahrung zu hören. Denn wie der Verf. ganz richtig betont, stehen die Folgeerscheinungen der Wanderniere in gewissem Sinne in einer Parallele zu dem Heer der nervösen Erkrankungen, die durch die Anomalien an den Sexualorganen hervorgerufen werden. Und wie bei den Operationen an den Genitalien der Dauererfolg davon abhängt, ob bestehende nervöse Phänomene eine direkte Folge des Genitalleidens

sind oder ob sie unabhängig daran als zufällige Komplikation die Erkrankung an den Genitalien begleiten, so kann man auch bei der Operation der Wanderniere auf ein Schwinden nur derjenigen Begleitsymptome hoffen, die mit der Lageveränderung des Organes in mehr oder weniger direktem Zusammenhange stehen. Die Prognose kann somit nur unter genauer und längerer vorheriger Beobachtung der Kranken gestellt werden. **G. Frickhinger** (München).

8) **Bierhoff** (New York). Ein neues Cystoskop.

(Med. news 1902. März.)

Das Instrument ist eine Kombination von Irrigations- und Ureterencystoskop mit zwei Führungskanälen für die Katheter. Dasselbe gestattet, in unmittelbarer Folge beide Ureteren zu katheterisieren, ohne daß nach der ersten Sondirung das Cystoskop aus der Blase entfernt werden muß. (Ein ähnliches »neues Ureterencystoskop nach Casper« existiert bei W. A. Hirschmann, Berlin. Ref.)

G. Frickhinger (München).

9) **L. Bork** (Breslau). Beitrag zur Kenntnis der Nierenkapselgeschwülste.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXIII. Hft. 4.)

24 Fälle aus der Literatur werden zusammengestellt und 2 von Pfannenstiel und May operierte ausführlich beschrieben. Beide Fälle (Lipom bei 1jährigem Kind und Myxolipom bei 51jähriger Frau) sind dauernd geheilt. Die bekannten Nierenkapselgeschwülste waren entweder gutartige Lipome resp. Fibrolipome oder seltener Sarkome oder Myxolipome, die betreffs der Bösartigkeit auf der Grenze stehen. In allen Fällen war die Niere, die 15mal mit entfernt wurde, völlig intakt. Sie war oft vom Tumor ganz umwachsen. Unter den 24 Fällen war einer inoperabel, einer starb an Lungenödem vor der Operation, 19 Fälle wurden primär geheilt = 73%, 4 starben bald nach der Operation (darunter 3, bei denen die Niere mit extierpirt war). In einem Falle trat nach einem Jahre ein Residiv ein. Die Niere soll, wenn möglich, erhalten werden. In dem Pfannenstiel'schen Falle wurde sie bei der Ausschälung der Geschwulst verletzt. Der Defekt wurde geschlossen, die Blutung durch Naht und Paquelin gestillt. Die Tumoren wachsen typisch in breiter Anheftung, neben der Wirbelsäule, retroperitoneal, und sind zunächst von Darmschlingen bedekt. Später werden die Darmschlingen zur Seite gedrängt und die Geschwulst wird in der Nabelgegend prominent. Es bestehen dann die allgemeinen Beschwerden einer großen Bauchgeschwulst durch Verdrängungs- und Druckerscheinungen. Die Diagnose ist bisher nie exakt gestellt worden. Die oft deutliche Fluktuation ließ oft eine Cyste annehmen und veranlaßte die Probepunktion. Bei Frauen wurden oft Ovariencysten, bei Männern Echinokokken angenommen. Respiratorische Verschieblichkeit und Lage zum Kolon sind für die Differentialdiagnose nicht immer beweisend. Die Anamnese ist besonders zu berücksichtigen. Die Prognose ist trotz der oft erheblichen Größe des Eingriffes günstig. Bei der Operation ist der mediane Laparotomieschnitt vor dem Extraperitonealschnitt zu bevorzugen. Die Ausschälung gelingt besser, die Wurzel der Geschwulst ist leichter erreichbar. **Stoeckel** (Bonn).

10) **A. Wannier** (Basel). Experimentelle Untersuchungen über die baktericide Wirkung einiger Harndesinfizientien.

(Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane Bd. XII. Hft. 2.)

Aus der interessanten Arbeit seien kurz nur die Resultate angeführt. Die Medikamente wurden innerlich in den therapeutisch üblichen Dosen verabreicht. Der danach enthaltene Urin wurde mit Staphylokokken, Streptokokken, Bakterium coli, Typhusbacillen und Proteus Hauser beschickt. Der Zeitpunkt und die Intensität des eintretenden Bakterienwachstums wurde als Maßstab für den antibakteriellen Werth des Mittels verwendet. Dabei fand sich, daß Borsäure, Guajakol und Kreosot selbst in großen Dosen ohne jeden Einfluß auf die Bakterien-

entwicklung blieben. Benzoësäure war in kleinen Dosen auch wirkungslos, durch größere Dosen wurde das Wachstum von Streptokokkus pyogenes aufgehoben, die übrigen Bakterien wurden nicht beeinflußt. Salol hinderte das Wachstum von Streptokokken und verlangsamte dasjenige von Staphylokokkus albus und Proteus. Bakterium coli, Typhusbacillus und Staphylokokkus aureus wurden nicht wesentlich beeinflußt. Urotropin war nach innerer Verabreichung im Harn stets bald nachweisbar. War der Harn sauer, so fand sich stets Formaldehyd, und zwar um so deutlicher, je stärker die Acidität war. Das Bakterienwachstum war fast völlig aufgehoben, nur Bakterium coli zeigte verzögertes Wachstum. Bei längerer Formaldehydeinwirkung findet eine wirkliche Abtötung der Bakterien statt, welcher die Kolibacillen am längsten widerstehen. Tannopin und Tannoform zeigte keine Wirkung auf die Bakterienentwicklung im Urin. Sie können also das Urotropin nicht ersetzen. **Stoeckel** (Bonn).

11) **Carwardine** (Bristol). Die Fixation der Wanderniere nach Bestreichen mit konzentrierter Karbolsäure.

(Lancet 1902. Juni 28.)

C. empfiehlt, die ganze Niere, abgesehen vom Hilus, mit konzentrierter Karbolsäure zu bestreichen. Dieses geschieht am besten, nachdem die Nähte gelegt, aber noch nicht geknotet sind. 4mal konnte Verf. das Aufschießen von Granulationen direkt beobachten, wenn nach Senn's Methode tamponiert war. Im Ganzen hat C. 6mal ohne Nachteil die Methode angewendet.

Rissmann (Osnabrück).

12) **B. Engländer.** Unilokuläre Cyste der Niere.

(Przegląd chir. 1902.)

Eine 42jährige Frau bemerkt einen rasch wachsenden Tumor in der rechten Bauchseite; derselbe ist kindskopfgroß, fluktuierend, nicht schmerzhaft und von großer Mobilität nach allen Richtungen: Diagnose unbestimmt. Laparotomie in der Mittellinie mit der Erkenntnis, daß der Tumor der rechten Niere angehört. Rechtwinkliger Schnitt zu dem Längsschnitt und transperitoneale Entfernung der Niere, kompliziert durch eine Verletzung und Blutung aus der Vena renalis. Drainage durch den Horizontalschnitt. Die ganze Niere war an der Bildung der Cyste betheiligt, deren Wände dünn und mit Trabekeln auf der Innenseite besetzt sind. Eine Kommunikation ließ sich weder mit dem Ureter noch mit dem Nierenbecken nachweisen. In der Hauptsache war die Wand aus Bindegewebe gebildet, indem sich hier die Reste des Nierenparenchyms finden ließen. Die Innenseite der Cyste war mit einem einfachen epithelialem Lager ausgekleidet, deren Zellen wie Endothel (?) aussehen. **Flatau** (Nürnberg).

Verschiedenes.

13) **T. v. Marschalkó** (Klausenburg). Ist die Gonorrhoe der Prostituierten heilbar?

(Berliner klin. Wochenschrift 1901. Nr. 15.)

Der Verf. bejaht die obige Frage auf Grund der Erfahrungen, welche er in der Prostituiertenabtheilung der Klausenburger dermatologischen Universitätsklinik gemacht hat. Die Urethralgonorrhoe wurde stets geheilt, und zwar mit täglich 2mal vorgenommenen Einspritzungen von 1% Argentamin, 1—2% Lapis, 1—5% Protargol. Bei sehr hartnäckigen Fällen wurden mit 10—20%igen Protargolglycerin sehr gute Erfolge erzielt. Die Bartholinitiden wurden mit Einspritzungen von 2%igen Lapis- oder 5%igen Protargollösungen in die Ausführungsgänge behandelt. Verschwinden, was oft der Fall, die Gonokokken nicht, so wurde zur Operation geschritten. In neuerer Zeit wurden bessere Resultate mit Einspritzung von

5—10%iger Lapislösung unter starkem Druck in den Ausführungsgang erzielt. Bei dieser Behandlung gelangte entweder das Infiltrat zur Resorption und die Gonokokken verschwanden aus dem Sekret oder es stellte sich eine akute eitrige Einschmelzung ein, welche nach spontanem Durchbruch oder Eröffnung zur definitiven Heilung führte.

Die Uteringonorrhoe wurde mit intra-uterinen Injektion von 10%iger Argentamin-, 5—10%iger Protargol- oder 5%iger Lösung von Natrium lygosinatum behandelt, und zwar in der Weise, daß die unmittelbar zuvor durch die Flamme gezogene Aluminiumkanüle einer 2 ccm fassenden Braun'schen Spritze nach eventueller vorheriger Erweiterung des inneren Muttermundes mittels Hegar-scher Dilatatoren in Rückenlage vorsichtig in das Cavum uteri eingeführt, mittels leisem Druck 1 ccm der Flüssigkeit bei gleichzeitigem Zurückziehen des Instruments eingespritzt und mit dem restierenden 1 ccm der Cervixkanal abgespült wurde. Bei 108 so behandelten Fällen waren Gonokokken im Sekret wenigstens eine Zeit lang vor der Entlassung nicht mehr nachweisbar. Details müssen im Original eingesehen werden.

v. M. betont, daß er sich eine Kontrolle ohne mikroskopische Untersuchung der Genitalsekrete nicht vorstellen kann, glaubt aber selbst, daß die Durchführung derselben ein Pium desiderium bleiben werde. Er sieht deswegen allein in der persönlichen Prophylaxe des Mannes eine Möglichkeit, die Gonorrhoe einzudämmen. **Graefe** (Halle a/S.).

14) **Killebrew** (Mobile). Die Gonorrhoe beim weiblichen Geschlecht.

(Med. news 1902. Januar 25.)

Aus dieser Arbeit sind die Betrachtungen über die Behandlung der Gonorrhoe als bemerkenswert hervorzuheben. Der Verf. hält bei akuter, gonorrhoischer Endometritis die Curettage für die einzig richtige Behandlung. Diese Operation wird angewendet bei jeder Form der Endometritis — durch welche pyogene Bakterien sie auch veranlaßt ist — warum sollte da der Gonokokkus eine Ausnahme machen? Auch bei chronischer Gonorrhoe mit Erscheinungen von Seiten der Adnexe kann die Curettage Erleichterung bringen.

Die »konservative« Behandlung der erkrankten Adnexe kann in der Weise vorgenommen werden, daß der Douglas geöffnet wird und von hier aus die Adnexe von ihren Adhäsionen befreit werden, das Fimbrienende geöffnet und drainiert wird.

Pyosalpinx, ausgedehnte Vereiterung, Fehlschlagen der »konservativen« Behandlung indizieren die vaginale Hysterektomie. **G. Frickhinger** (München).

15) **J. Menzen.** Über Gonorrhoe bei kleinen Mädchen.

Inaug.-Diss., Bonn, 1901.

Verf. referiert über 47 Fälle von Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Davon waren 36 sicher, 4 wahrscheinlich gonorrhoisch, d. i. 85%. Bei 2 Schwestern, bei denen Gonokokken nie gefunden wurden, wird Oxyuris vermicularis als Causa nocens betrachtet. Bei 6 Kindern lag ein Stuprum vor, sonst Übertragung infolge Unreinlichkeit oder schlechter hygienischer Verhältnisse. Der Verlauf ist recht chronisch; im günstigsten Falle (bei klinischer Behandlung) läßt sich in 6 Wochen Heilung erzielen. Namentlich die Rektalgonorrhoe (2 Fälle) ist äußerst hartnäckig. Die Behandlung besteht in gründlicher Säuberung von Eiter, Ausspülung mittels gläsernen weiblichen Katheters und Sublimatlösung 1:2000, darauf 20%igen Argonins. Dazu häufige Sitzbäder, eigene Waschutensilien.

B. Bosse (Chemnitz).

16) **Savor** (Wien). Die Behandlung der weiblichen Gonorrhoe.

(Heilkunde 1902. März u. April.)

S. giebt eine kurz gefaßte, sehr praktische Übersicht über die Behandlung der Gonorrhoe der Urethra, der Vulva, der Bartholin'schen Drüsen und Vagina, die sehr lesenswert ist, sich aber zum Referat nicht eignet, weil man sonst bei-

nahe die ganze Arbeit abschreiben müßte. Ein II. Teil schildert die Therapie der Gonorrhoe des Uterus, der Adnexen, des Peritoneums, des Rektums, der Gonorrhoe in der Schwangerschaft und im Wochenbett, bringt nicht gerade Neues aber das Bekannte in handlicher Form. **Witthauer** (Halle a/S.).

17) **Manasse** (Karlsruhe). Über den praktischen Wert der internen Gonorrhoetherapie.

(Heilkunde 1902. März.)

Vor dem Copaivabalsam, Kubeben, Ol. Santali verdient den Vorzug »Locher's Antineon«, welches aus Rad. Sarsaparillae, Herba portulacae und Herba veronicae besteht. M. gab bei 8 Gonorrhoefällen 3mal täglich vor dem Essen einen Eßlöffel Antineon mit 1—2 Eßlöffeln Wasser und spritzte gleichzeitig die Harnröhre mit einer ganz schwachen Lösung von Kali permangan. aus. Die Sekretion nahm danach in den ersten 1—2 Tagen, allerdings mit bedeutender Milderung des Schmerzes zu, später ständig ab, und war nach 6—9 Tagen völlig verschwunden (keine Gonokokken mehr nachweisbar!). Die gleiche Wirkung zeigte sich bei subakuten Fällen.

Die Wirkung scheint darauf zu beruhen, daß nicht nur die Diurese befördert, sondern vor allem der gesamte Stoffwechsel in der erkrankten Harnröhrenschleimhaut günstig beeinflußt wird und so die Elimination der Kokken und ihrer Produkte aus derselben leichter und schmerzloser vor sich gehen kann.

Witthauer (Halle a/S.).

18) **R. Meyer** (Berlin). Über Ektoderm-(Dermoid-)Cysten im Lig. latum, am Samenstrang und Nebenhoden bei Fötus und Neugeborenen.

(Virchow's Archiv Bd. CLXVIII. Hft. 2.)

Verf. sah bei 3 Föten im 7. Monate und 4 Neugeborenen in enger Beziehung zu Resten des Wolff'schen Körpers und Ganges Ektodermcysten, und zwar am Samenstrang und Nebenhoden, sowie unter dem Vorderblatte des Lig. latum, meist hinten oder unten am Plex. spermaticus. M. nimmt an, daß bei Embryonen bis zur 3. Woche Teilchen des fertigen Ektoderms aus der hinteren seitlichen Lumbargegend in die Urnierenleiste versprengt werden, teils durch Zusammenhang des Wolff'schen Ganges mit dem Ektoderm, teils durch direktes Eindringen in das Urnierenblastem, event. zugleich mit Mesenchymteilen des Hautblattes. Es handelt sich um verschieden gestaltete, 0,3—1,5 mm große Cystchen, die innerhalb einer circulären, einmal mit elastischen Fasern versehenen Tunica fibrosa ein die Schichtung der äußeren Haut zeigendes Epithel tragen. Haare und Drüsen fehlen aber ganz, das Stratum Malpighi ist stets stark atrophisch, (im Stratum spinosum besteht eine häufige Vacuolisierung der Zellen etc. — ein Beweis dafür, daß versprengte differenzierte Gewebsteile von Haus aus minderwertig sind und teilweise bereits im Fötalleben degenerieren. Makroskopisch läßt sich die Diagnose stellen durch halbkugliges Hervorragen der Cysten über die Vorderfläche des Lig. latum, ihre weiße Farbe, prallelastische Konsistenz; mikroskopisch durch den geschichteten Inhalt, das Pigment der äußeren Zellreihen und das charakteristische Stratum granulosum. Die Cysten sind so häufig wie accessorische Nebennieren und entwickeln sich selten zu Tumoren, da nur bei einem Falle das Stratum germinativum leidlich gut erhalten ist. Insbesondere ist die Bandler'sche Auffassung von der Entstehung der Ovarial-(Hoden-)Dermoide aus solchem versprengtem Ektoderm zu verwerfen, schon aus dem Grunde, weil die Ektodermcysten auf die laterale Seite der Urniere kommen, während die Keimdrüsen medial davon angelegt sind. **B. Bosse** (Chemnitz).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. Sonnabend, den 17. Januar. 1903.

Inhalt.

I.

Ein Fall von Endothelioma ovarii.

Von

M. Lange in Königsberg i. Pr.

Die 46 bisher publizierten Fälle von Endothelioma resp. Perithelioma ovarii zeigten nach mancher Richtung ein so verschiedenes Verhalten, daß zunächst noch die Veröffentlichung eines einzelnen solchen Falles gerechtfertigt ist, zumal wenn, wie bei dem folgenden, einige Besonderheiten zu verzeichnen sind.

Im Juli 1899 laparotomierte ich die 41jährige unverheiratete Nullipara B. Aus gesunder Familie stammend, war diese vom 14. Lebensjahre ab normal menstruiert und bis auf Kinderkrankheiten gesund gewesen. Im Herbst 1896 bemerkte sie eine Anschwellung im Unterleibe. Der konsultierte Arzt stellte die Diagnose auf eine gutartige Eierstocksgeschwulst, welche fast die Mitte zwischen Nabel und Schoßfuge erreichte und deren Operation er wegen des geringen Umfanges für zunächst unnötig erklärte. Da keinerlei Beschwerden vorhanden waren,

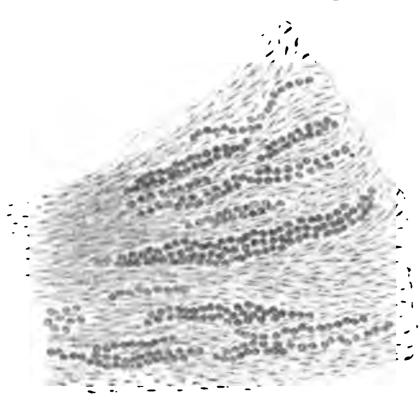
die Geschwulst auch nicht zu wachsen schien, so begnügte sich Pat. mit diesem Ausspruch. Da trat im März 1899 zur gewöhnlichen Menstruationszeit eine starke, 10 Tage anhaltende Blutung ein. Die nächsten Menses kamen stets 6—7 Tage zu früh und waren auffallend stärker und von längerer Dauer als bisher. Zugleich bemerkte Pat. ein Wachsen der Geschwulst.

Befund am 29. Juni 1899: Gesund aussehende Person. Organe der Brusthöhle sind normal, der Urin frei von Eiweiß und Zucker. Im Abdomen fühlt man einen kugeligen Tumor von glatter Oberfläche, dessen Kuppe bis zum Nabel reicht. Der Tumor ist, soweit es seine Größe gestattet, beweglich und zeigt großwellige Fluktuation. Kombinierte Untersuchung: Uterus normal groß, etwas nach rechts vorn verschoben. Zwischen seiner linken Kante und dem erwähnten Tumor besteht eine Stielverbindung, welche beim Anheben des Tumors als breit und kurz erkannt wird. Auch die untere Kuppe des Tumors ist vollkommen glatt. Das rechte Ovarium ist nicht vergrößert.

Diagnose: Einkammerige Cyste des linken Ovarium. Laparotomie am 2. Juli 1899, aus deren einfachem Verlauf in Rücksicht auf das spätere Schicksal der Kranken nur folgendes hervorgehoben werden soll. Abgesehen von zwei lockeren, flächenhaften Adhäsionen am Dünndarm war der Tumor frei und gut gestielt. Seine Verbindung mit dem Uterus war die für nicht intraligamentär entwickelte Ovarialgeschwülste typische. Kein Ascites. Peritoneum normal. Beim Anstechen des Tumors entleerte sich eine fast klare, seröse, nicht fadenziehende Flüssigkeit. Das rechte Ovarium ist normal groß und gesund, wird daher zurückgelassen.

Rekonvaleszenz ungestört. Pat. wurde am 24. Tage aus der Behandlung entlassen.

Die Untersuchung des Tumors ergab: Dieser ist so groß wie ein Uterus grav. in der 24. Woche und besteht aus einer einzigen Cyste, an welcher sich ein 6 cm langes Stück einer Tube befindet. Die Innenfläche der Cyste ist glatt; nirgends zeigt sie Septa oder Leisten, welche etwa als Reste zu Grunde gegangener Scheidewände auf das ursprüngliche Vorhandensein mehrerer Cysten hingewiesen hätten. An dem Teil des Tumors, an welchen das Lig. ovarii herantritt, zeigt er eine flache, circa 3 cm lange und $2^1/_2$ cm breite Verdickung, in welcher zunächst Reste des Ovarium vermutet werden. Auf dem Durchschnitt aber erscheint diese Partie weißlich-grau, markig und sieht nicht nach normalem Ovarialgewebe aus. Der flache Knoten hängt zwar mit der Cystenwand organisch innig zusammen, dringt aber in sie nicht ein, sondern ist durch eine ca. 1 cm breite Gewebsschicht, welche makroskopisch ungefähr das Aussehen der Cystenwand hat, von ihr getrennt.



Leitz: Oc. 3, Obj. 3, Tubus 200 mm.

Sowohl aus dem Knoten als aus der Cyste werden Stücke (teils nach, teils ohne Fixieren in Sublimatlösung) durch Alkohol gehärtet. Die mikroskopische Untersuchung von Hämalaun-Eosinpräparaten des Knoten ergibt (cf. Abbildung):

Parallel den Bindegewebszügen liegen zahlreich bandartige Verbände von Zellen, welche eine rundliche bis polygonale Form und (wie starke Vergrößerung zeigt) einen großen intensiv gefärbten zentralen Kern in relativ wenig Protoplasma haben. Die Zellbänder bestehen aus 1—4 Reihen von Zellen, welche oft so aneinander gedrängt liegen, daß ihre Grenzen nur schwer zu erkennen sind. Wo mehr als zwei Reihen von Zellen vorhanden sind, haben die randständigen Zellen oft fast Cylinderform. Gelagert sind die Neo-

plasmazellen in scharf konturierten Bindegewebsspalten, in welchen weder auf Längs- noch auf Querschnitten ein Endothel nachzuweisen ist. Ganz gewöhnlich verjüngen sich die Spalten an ihren Enden, und kann man, wo die Schnittrichtung günstig ist, deren Übergang in feinste Spalten mit endothelialer Auskleidung verfolgen. In diesen liegt hier und da ein Lymphkörperchen. Zwischen den erwähnten Zellstreifen bestehen oft Anastomosen (auch an einer Stelle der Abbildung).

An anderen Partien der Neubildung, welche mehr dem Zentrum des Knotens entsprechen, findet man umfangreichere Anhäufungen von Geschwulstzellen, welche an Karzinomalveolen erinnern. Hier gibt es zahlreiche degenerierte Zellen. Die Alveolen sind an vereinzelten Stellen von Endothel umsäumt, meistens aber frei im Bindegewebe liegend. Bald sieht man scheinbare Vakuolenbildung oder das Auftreten scharf konturierter glänzender Tropfen im Protoplasma neben gut färbbarem Kern — bald findet man auch schlecht färbbare, also ebenfalls in Degeneration begriffene Kerne. Nie liegt in einem Zellhaufen ein Gefäßlumen. Die (übrigens nicht zahlreichen) Blutgefäße liegen nur zwischen den Zellkomplexen, ohne daß sie zu der Gefäßwand eine Beziehung haben.

Das Bindegewebe, welches stellenweise hyalin degeneriert ist, besteht aus dicht gelagerten Fibrillen mit parallel gestellten spindelförmigen Kernen. Seine Masse steht im umgekehrten Verhältnis zu den Neoplasmazellen. Im Bezirk der Zellreihen erscheint es in umfangreichen Bündeln (siehe die Abbildung), dagegen rarefiziert zwischen den alveolenartigen Zellhaufen.

Reste von Ovarialgewebe sind nicht zu finden.

Die Wand der Cyste zeigt auf der Grundlage von dichtem fibrillärem Bindegewebe eine einfache Schicht Cylinderepithel. Nirgends sind in der Wand Epithelzapfen, drüsenartige Einsenkungen oder gar Anfänge von Tochtercysten. Auch papillenartige Vorsprünge in das Innere der Cyste sind nicht vorhanden. Bilder, wie sie von dem vorhin erwähnten Knoten beschrieben sind, bestehen in keinem Teile der Cystenwand, auch nicht in dem Abschnitt, welchem jener Knoten anliegt. Dieser und die Cyste sind durch normales Bindegewebe durchaus getrennt.

Die anatomische Diagnose mußte nach dem Befunde bei der Laparotomie und an dem Präparat zunächst auf einen Ovarialtumor gestellt werden. Er bestand aus der klinisch allein erkennbaren Cyste und einem gegen diese verschwindend kleinen soliden Teil, welcher aber wegen seiner histologischen Beschaffenheit gerade das bei weitem größere Interesse in Anspruch nahm. Daß es sich hier um ein Endotheliom handelte, konnte nach dem mikroskopischen Bilde nicht zweifelhaft sein. Dieses entspricht mit den band- oder rosenkranzartigen Zellstreifen in endothelfreien und an den Enden sich verjüngenden Saftspalten des Bindegewebes voll den Anforderungen, welche man für die Diagnose »Endotheliom« aufgestellt hat. Da die Neoplasmazellen keine Beziehung zu Blutgefäßwandungen hatten, vielmehr nach dem Befunde an den peripheren Teilen des Knotens in kapillaren Lymphbahnen des fibrillären Bindegewebes entstanden sein mußten, so ist die Neubildung als Endothelioma lymphaticum (interfasciculare nach Ackermann) zu bezeichnen.

In welchem Verhältnis stand nun die Cyste zu dem Endotheliom? Zunächst muß betont werden, daß zwischen beiden selbst durch die mikroskopische Untersuchung kein Zusammenhang zu finden war. Beide Neubildungen waren durch straffes Bindegewebe

voneinander getrennt, welches ebenso wenig wie die Cystenwand eine Infiltration mit Neoplasmazellen zeigte. Was nun die Natur der Cyste betrifft, so kann man, da keine Tochtercysten (selbst bei mikroskopischer Untersuchung), ja überhaupt keine epithelialen Elemente in ihrer Wand vorhanden waren, nur zwischen einem außergewöhnlich großen Hydrops folliculi und einem Kystoma serosum simplex (Pfannenstiel) schwanken. Gegen die erstere Annahme spricht das Vorhandensein einer vollständig intakten Epithelauskleidung, so daß wir uns für die letztere Diagnose entscheiden müssen.

Das zeitliche Verhältnis der beiden Neubildungen ist, da die Cyste bereits über 3 Jahre vor der Exstirpation alt war, wohl so aufzufassen, daß das Endotheliom mit seiner geringen Ausdehnung (besonders nach der anliegenden Cystenwand hin) die viel jüngere Neubildung ist. Vielleicht ist seine Entstehung ca. 6 Monate vor die Operation zu verlegen, weil seit jener Zeit neben dem schnellen Wachstum der Cyste häufige und zu starke Menses auftraten. Letzteres Symptom ist nämlich bei 16 noch menstruierenden Personen mit Endotheliom des Ovarium, über welche genauere Berichte vorliegen, auffallenderweise 9mal beobachtet (Amann Fall 1, Krukenberg, Schwertassek, Zangemeister u. a.).

Obgleich nach unserer Annahme die Exstirpation des Endothelioms relativ frühzeitig gemacht wurde, war der weitere Verlauf sehr ungünstig. Bereits Ende November (also ca. 5 Monate post operationem) suchte die Pat. mich wieder auf. Sie war nie zu einem rechten Gesundheitsgefühl gekommen; besonders machte sich seit Anfang Oktober ein allmählich zunehmender Luftmangel bemerkbar. Am 30. Oktober hatte ihr Arzt eine »schleichende rechtsseitige Brustfellentzündung« konstatiert. Am 3. November seien verschiedene Stellen der rechten Rückenseite eingestochen und etwas Flüssigkeit ausgesogen (offenbar nur durch Probepunktion). Dann hätte Pat. »Medizin zum Schwitzen« erhalten. Bei den jetzt wiederholt vorgenommenen Temperaturmessungen sei nie Fieber gefunden. Da Pat. sich vielfach voll und aufgetrieben im Leibe fühlte, hätte ihr Arzt diesen am 20. November untersucht und auch hier »etwas Wasser« gefunden.

Status am 29. November: Leicht livides Aussehen. Atmung beschleunigt. Puls 110, klein. Über der rechten Thoraxhälfte Dämpfung nach aufwärts bis zur Mitte der Skapula. In diesem Bezirk kein Atemgeräusch und kein Pektoralfremitus. Über den oberen Partien der rechten Thoraxhälfte Schall etwas tympanitisch, Bronchialatmen, keine Rasselgeräusche. Befund über der linken Lunge normal, besonders auch über der Lungenspitze. Herz fast bis zur linken Axillarlinie verschoben. Am Abdomen die seitlichen Partien bei Rückenlage gedämpft; bei den entsprechenden Seitenlagen tritt dort tympanitischer Schall auf. Palpation und bimanuelle Untersuchung

ergaben nichts Pathologisches, wobei allerdings die Behinderung durch den Ascites zu berücksichtigen ist. — Kein Fieber.

Die Diagnose konnte den pleuritischen Erguß zusammen mit dem Ascites nur durch Annahme einer Tuberkulose oder einer allgemein verbreiteten malignen Neubildung erklären. Für erstere Annahme sprach in Anamnese und Befund nichts; die zweite Möglichkeit war durch den exstirpierten Endotheliomknoten sehr wahrscheinlich gemacht.

30. November. Punktion der rechten Pleurahöhle entleert $4^1/_2$ l dünner, leicht opaleszierender Flüssigkeit.

4. Dezember. Pat. fühlt sich durch die Punktion nicht wesentlich erleichtert. Kein Fieber. Punctio abdominis ergibt ca. 8 l einer Flüssigkeit, welche wie das Pleuraexsudat aussieht.

5. Dezember. Jetzt gelingt der Nachweis, daß das rechte Ovarium wesentlich vergrößert ist.

In den nächsten 5 Wochen mußte aus indicatio vitalis noch 2mal die rechte Pleurahöhle und 1mal das Abdomen punktiert werden. Am 9. Januar 1901 starb Pat. unter Zeichen von Lungenembolie.

Leider wurde keine vollständige Sektion, sondern nur eine Eröffnung der Bauchhöhle gestattet. Hierbei ergab die Inspektion neben Ascites: Peritoneum viscerale (besonders im Bereich des Dünndarmes) und das Peritoneum parietale von vielen miliaren und etwas größeren Knötchen durchsetzt. Das rechte Ovarium mehr als auf das Zweifache vergrößert. Am rechten Lig. latum, teils peritoneal, teils subperitoneal, 7 Knötchen von grauweißer Farbe. Der Stielrest des exstirpierten Ovarialtumors zeigt nichts Pathologisches. Sonst erscheinen die Organe der Bauchhöhle, soweit man bei einer bloßen Eröffnung urteilen kann, normal.

Mikroskopisch untersucht werden (aus gehärteten Präparaten):

1) Peritoneale Knötchen des Darmes, der Bauchdecken und des rechten Lig. latum. Das Bindegewebe ist durchsetzt von alveolär angeordneten epitheloiden Zellen, welche genau das Aussehen der Zellen in dem exstirpierten Endotheliom, selbst bis auf die Degenerationserscheinungen haben. Sie sind aber niemals zu einfachen Zellreihen angeordnet. Auch gelingt fast immer der Nachweis, daß sie in Räumen mit Endothelauskleidung liegen. In einem Präparat aus dem Lig. latum sieht man Geschwulstzellen im Lumen einer Vene.

2) Schnitte des Stielrestes vom linken Ovarium enthalten keine Neoplasmazellen.

3) Das rechte Ovarium zeigt mikroskopisch genau dasselbe Bild wie der Knoten an der exstirpierten Cyste. Besonders sind auch die zu einer oder zwei Reihen angeordneten Geschwulstzellen in interfascikulären Spalten ohne Endothel nachweisbar. Reste von Ovarialgewebe werden bis auf 3 oberflächlich liegende Graaf'sche Follikel, welche keine pathologische Veränderung zeigen und mit

Zellen der Neubildung in keinem Zusammenhange stehen, nicht gefunden.

Es handelte sich also wieder um ein Ovarialendotheliom, dieses Mal aber mit verbreiteten Metastasen. Daß gerade eine Metastasierung und nicht multiple Endotheliombildung diagnostiziert werden muß, ergibt der mikroskopische Befund. Im Gegensatz zu den Bildern aus dem rechten und dem früher exstirpierten linken Ovarium sind in den kleinen Neoplasmen des Lig. latum etc. keine Zellreihen, sondern nur Alveolen zu finden, welche wir fast immer von Endothel deutlich umgeben sehen. Diese Neubildungen können also nicht an Ort und Stelle durch Umbildung von Endothel, sondern nur durch Wucherung von Geschwulstzellen, welche auf dem Lymphwege verschleppt sind, entstanden sein. Daß übrigens auch auf dem Blutwege eine Weiterverbreitung stattfinden kann, haben wir oben bei einem Präparat aus dem Lig. latum beschrieben. Doch scheint dieser Vorgang nur sehr selten zu sein.

Aus dem Berichteten möchte ich drei Tatsachen hervorheben.

Anatomisch ist die Mischgeschwulst des exstirpierten Ovariums bemerkenswert. Cystisch sind die Endotheliome von größerem Umfange ja sämtlich gewesen. Meistens zeigten sie zahlreiche kleine und einzelne etwas umfangreichere Hohlräume. Die letzteren waren stets durch Schwund von Scheidewänden aus mehreren kleinen Cysten entstanden, wie die leistenartigen Vorsprünge an ihrer Innenfläche zeigten. Diese Cysten sind durchgängig als »Blut- oder Erweichungscysten« bezeichnet. Große Cysten (selbst von 10 und mehr Liter Inhalt) sind nur bei 8 Endotheliomen gesehen. Der Bau dieser Cysten ist nicht immer näher untersucht. So ist der Fall von Mirabeau und von Pollack nach dieser Richtung unvollständig beobachtet. Guffroy fand die Cystenwand ohne Epithelbelag. Burckhard beschreibt in 4 Fällen sowohl bei großen Cysten als kleinen und kleinsten Nebencysten Endothelbelag. Hier sind also die Cysten spezifische Produkte des Endotheliom. Rosinski (Fall 2) berichtet einwandfrei über ein Cystadenom mit gleichzeitigem Endotheliom. Wir haben hier also eine wahre Mischgeschwulst; Als solche ist auch mein Fall aufzufassen, und zwar handelte es sich um ein Kystoma serosum simplex (vor Pfannenstiel dem Hydrops folliculi zugerechnet), neben welchem ein Endotheliom entstanden war.

Klinisch ist einmal die hohe Malignität bemerkenswert. Obgleich das erste Endotheliom, wie die berichtete Untersuchung des Stielrestes zeigte, radikal entfernt war, erkrankt in kurzer Zeit das andere Ovarium und rapid entwickeln sich ausgebreitete Metastasen.

Man wird hier unwillkürlich an die nicht ganz seltenen Fälle erinnert, in welchen bald nach Exstirpation »gutartiger« Eierstocksgeschwülste »Karzinom« des zweiten Ovarium oder anderer Organe der Bauchhöhle auftrat. Ich verweise nur auf die bekannte Statistik von Spencer Wells, welcher nach 800 Ovariotomien jenes Er-

eignis 16mal verzeichnete. Hier, sowie in den von Olshausen aus der Literatur gesammelten Fällen mag ab und zu ein Irrtum in der ersten Diagnose vorgelegen haben. Es mögen auch öfter die Eierstocksgeschwülste in ihrer Wand wirklich karzinomatöse Partien geborgen haben, welche übersehen sind. Doch ist es nach den Erfahrungen über das Endotheliom bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich, daß hier auch Mischgeschwülste, welche Endotheliome enthielten, unerkannt geblieben sind. Wie leicht dieses möglich ist, zeigt der Fall von Guffroy und der meinige. In beiden war das Endotheliom nur ein unscheinbarer flacher Knoten an einer größeren Cyste. Daß jene Neubildungen in der Bauchhöhle nach Ovariotomien ausdrücklich als Karzinome bezeichnet werden, spricht nicht gegen meine Vermutung; denn solche Geschwülste in ihrer wahren Natur zu erkennen, ist doch erst möglich geworden, nachdem seit Marchand's Publikation über das Endotheliom Erfahrungen gesammelt sind.

Endlich möchte ich auf die praktische Konsequenz meiner Beobachtung hinweisen. Wenn man einen solchen Tumor, welcher geradezu als Repräsentant gutartiger Eierstocksgeschwülste angesehen werden muß, operiert, läßt man ohne weiteres den gesunden zweiten Eierstock zurück. Welche traurigen Folgen dieses, wenn auch nur ausnahmsweise, haben kann, zeigt obiger Fall. Daß man vor solchen Zufällen die Kranken zu schützen sich bestrebt, ist natürlich. Da wir eine derartige Mischgeschwulst während der Operation nicht erkennen können, so bliebe nur die Exstirpation des zweiten Ovariums übrig. Bei jungen Individuen wird man sich hierzu natürlich nicht entschließen. In der Menopause muß jenes aber grundsätzlich geschehen; ja, ich meine, daß wir bei allen Kranken über 40 Jahren uns durch die angenommene Gutartigkeit einer Eierstocksgeschwulst nicht zum Zurücklassen des gesunden Ovariums bewegen lassen können. Einmal sind hier die Ausfallserscheinungen meist nicht so hochgradig und nicht so anhaltend wie bei jungen Personen; dann aber fällt der etwas frühere Eintritt der Menopause gegenüber der größeren Garantie dauernder Gesundheit nicht ins Gewicht.

Literatur:

Ackermann, Sammlung klin. Vorträge 1882.

Amann, Archiv für Gynäkologie 1894. Bd. XLVI.

Burckhard, Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XL.

Guffroy, Diss., Freiburg, 1896.

R. Krukenberg, Zeitschrift für Geburtsh. Bd. XLI.

Marchand, Zur Kenntnis der Ovarialtumoren. Halle, 1879.

Mirabeau, Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol. 1899. Bd. X.

Olshausen, Krankheiten der Eierstöcke (im Handbuch für Frauenkrankheiten von Billroth). 1886.

Pollak, Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol. 1898. Bd. VII.

Rosinski, Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. XXXV.

Schwertassek, Archiv für Gynäkologie Bd. XLVII.

Zangemeister, Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XVI. Hft. 2.

II.

(Aus der gynäkolog. Abteilung des Stadtkrankenhauses Friedrichstadt in Dresden.)

Beitrag zur Anwendung des Bossi'schen Dilatatorium.

Von

Dr. **Osterloh,** Oberarzt.

1) 28jährige Erstgeschwängerte erwartet Ende November 1902 ihre Niederkunft. Am 15. September 5 eklamptische Anfälle, vom Hausarzt beobachtet. Am 16. September auf die Abteilung gebracht, ist die Kranke ganz klar, die Zunge zeigt eine Bißwunde, an den Unterschenkeln geringes Ödem; Urinmenge in 24 Stunden 300 ccm, dunkelbraun, enthält 5‰ Albumen, reichliche hyaline, granulierte und Epithelcylinder, viel Leukocyten, keine roten Blutkörperchen. Behandlung: zunächst heiße Bäder, Milchdiät; Liquor Kal. acet. innerlich. Die Urinmenge hebt sich am 19. September auf 800 ccm. Am 20. September plötzlich ein 3 Minuten dauernder eklamptischer Anfall. Da bis Ende der Schwangerschaft noch 9 bis 10 Wochen verstreichen müssen und der Eiweißgehalt nach dem letzten Anfalle auf 7‰ (Esbach) bei 300 ccm pro die steigt, wird zur künstlichen Entbindung am 24. September geschritten. Die Cervix ist völlig erhalten, keine Wehen, keine irgend welche Geburtsvorbereitung; die Scheide ist eng.

Die Kranke ist sehr erregbar und schwer zu behandeln, bei der voraussichtlich langen Dauer des Verlaufes bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt in gewöhnlicher Weise und bei der fortwährenden Gefahr der Wiederholung der eklamptischen Anfälle, wird das Bossi'sche Instrument angewendet. Das Verfahren erfolgt genau nach den bekannten Vorschriften. Erst ohne Kappen, dann mit ihnen wird langsam dilatiert; sehr bald beginnt Blutung, und es zeigen sich Einrisse besonders in der rechten Kommissur. Bei einer Weite, die das Eingehen von 2—3 Fingern bequem gestattet, wird das Instrument entfernt, weil die Blutung sehr erheblich und die Risse größer werden. Herztöne des Kindes wurden nicht gehört. Perforation des vorliegenden Kopfes; der Kranioklast ist wegen Enge des Mutterhalskanals nicht einzuführen; deshalb Wendung auf den rechten Fuß, langsame Extraktion; bei dem Durchziehen des Kopfes reißen die erwähnten Risse noch tiefer, rechts bis ins Parametrium; die spritzende Arterie wird umstochen, die Risse nach Entfernung der Placenta genäht. Das Ganze verlief in einer Stunde. Die Herstellung erfolgte ungestört. Die Urinmenge stieg schon am 3. Tage auf 2000 ccm. Die Kranke ist jetzt schon seit 3 Wochen völlig frei von Albuminurie. 14 Tage nach der Entbindung konnte sie entlassen werden. Die Risse sind sämtlich verheilt.

Wie schon Rissmann betont hat, tritt bei Anwendung des Bossi'schen Dilatatoriums eine Verkürzung des Mutterhalses nicht ein; zweitens ist die Gefahr von Einrissen vorhanden, deren Gefahr zwar in einer Klinik leicht beherrscht wird, in der Privatpraxis aber doch recht unangenehm werden kann. Ferner ist es immerhin interessant, daß trotz der nicht glatten Wirkung auf die Erweiterung in unserem Falle doch die Entbindung und dadurch die Beseitigung der aus der Nierenerkrankung drohenden Gefahr in so kurzer Zeit erreicht würde. Zweifellos eignen sich Fälle in der Schwangerschaft, wo noch jede Geburtsvorbereitung fehlt, namentlich bei erster Schwangerschaft vielleicht besser zum Beginn der künstlichen Frühgeburt mit den bisher üblichen Mitteln, und nur wenn der Verlauf zögert dann zur schnellen Förderung bezw. Beendigung durch die Bossi'sche Dilatation.

2) Kurze Zeit nach dem eben berichteten Falle beendete mein Assistent, Herr Dr. Schubert, eine Fehlgeburt Ende des 5. Monats unter Anwendung des Bossi'schen Dilatatoriums. Die Kranke kam blutend am 15. Oktober auf die Abteilung, nachdem sie seit 12. Oktober Wehen hatte. Muttermund für einen Finger durchgängig. Trotz straffer Tamponade keine Erweiterung, dagegen beträchtliche Blutung. Deshalb nach sechs Stunden dauernder Tamponade die Dilatation nach Bossi; nach $2^1/_2$ Minuten Erweiterung soweit, daß mit zwei Fingern die Füße des Fötus gefaßt und daran der Körper herausgezogen werden kann. Der Kopf folgt nach Anbohrung mit einer Schere sofort. Keine Risse; reaktionsloser Verlauf.

Nach diesen beiden Erfahrungen habe ich den Eindruck, daß die Anwendung des Bossi'schen Dilatatorium oder der zahlreichen Modifikationen besonders in den Kliniken eine wesentliche Rolle zu spielen berufen ist.

III.

Komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkrebs.

Von

Dr. W. B. Semmelink im Haag.

Die Mitteilungen in Nr. 32 (Endel[1]) und in Nr. 46 (Rossa[2]) 1902 d. Bl. veranlassen mich, folgenden Fall von Komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkrebs, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, mitzuteilen[3]:

Frau v. N., 42 Jahre, XIIpara, die vorhergehenden Geburten bis auf eine spontan. Pat. meldete sich bei mir am 23. Juli 1899 mit der Bitte, die im September zu erwartende Entbindung leiten zu wollen. Starke Ödeme der unteren Extremitäten, Harn eiweißfrei.

26. September 1899, abends 10.30, Anfang der Geburt mit Schmerzen, ich wurde erst um 3.30 morgens gerufen. 27. September. Um 4 Uhr morgens finde ich den Rücken und die Herztöne rechts, Kopf eingetreten, Muttermund völlig erweitert, Blase steht. Kleine Fontanelle rechts, Pfeilnaht quer. Ich sprenge die Blase; die mäßig starken Wehen nehmen zuerst an Intensität zu, werden dann aber schwächer; als um 8 Uhr die Wehen ganz schwach sind und der Kopf seit einigen Stunden anscheinend nicht weitergekommen ist, entschließe ich mich zur Anlegung der Zange. Diese wird ohne Narkose im rechten schrägen Durchmesser angelegt, das Kind ohne Schwierigkeit, ohne Ruptur geboren. Nachgeburt nach etwas mehr als $^1/_2$ Stunde. Das Kind, ein Knabe von mehr als 5000 g, lebt noch. Ich besuchte die Frau noch vier Tage, mußte dann notwendig verreisen und hatte keine Gelegenheit mehr, Pat. persönlich zu beobachten.

Als Kollege de Monchy in meiner Vertretung Pat. besuchte, sah er sich auf Klagen über Schmerzen und blutigen Stuhl veranlaßt, Pat. auch per rectum zu untersuchen, und fand ein hochsitzendes Karzinom des Rektum. Kollege Bierens de Haan, zur chirurgischen Beurteilung des Falles zugezogen, konstatierte einen großen, höckerigen, ulcerierenden und stenosierenden Tumor, mit

---

[1] Beitrag zum geburtshilflichen Verfahren bei Komplikation der Schwangerschaft des Mastdarmkrebses.

[2] Komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkrebs.

[3] In Quénu et Hartmann, Chirurgie du rectum, II, p. 211 wird ein Fall erwähnt von Rektumkarzinom mit Perforation des Douglas bei einer Frau, welche wenige Wochen vorher entbunden war.

Vaginal- und Beckenwand unbeweglich verwachsen. Auch wurden Lymphdrüsenschwellungen konstatiert. Der Tumor schien mithin inoperabel. Aufnahme in eine Klinik zur genaueren Untersuchung, event., weil starke Kotstauung bestand, zur Anlegung eines Anus praeternaturalis wurde vorgeschlagen, nach mehrtägiger Überlegung aber abgelehnt.

Nach Mitteilung ihres Hausarztes ging Pat. zu einem Kurpfuscher in Amsterdam, kehrte aber viel schlechter zurück und starb am 11. März 1900.

Zu dieser kurzen Krankengeschichte, nach meinen Notizen niedergeschrieben, muß ich einiges zur Erläuterung hinzufügen.

Als Pat. am 23. Juli 1899 zu mir kam, sah ich sie zum ersten Mal; ein Vorschlag zur Untersuchung, den ich immer mache, wenn sich eine Pat. zur Entbindung bei mir meldet, wurde abgelehnt. Solche Untersuchungen, zumal die innere Untersuchung, sind den weniger gebildeten Schwangeren sehr unsympathisch, und man kriegt die Pat., falls frühere Entbindungen gut verliefen, sehr schwer oder gar nicht dazu. Auch mein Rat, wegen der Ödeme (welche Pat. schon vor dieser Schwangerschaft hatte) sich unter Behandlung ihres Hausarztes zu stellen, wurde von Pat. nicht befolgt. Den Urin habe ich nur einmal zugeschickt bekommen. Sonstige Klagen äußerte Pat. auch auf Befragen nicht.

So sah ich die Pat. erst wieder, als ich zur Geburt gerufen wurde.

Wie aus obenstehender Krankengeschichte ersichtlich, war dabei eigentlich nicht viel Auffallendes zu bemerken, denn daß bei einer XIIpara und Wehenschwäche die Zange angelegt werden mußte, konnte nicht sonderbar erscheinen. Ich finde in meinen Notizen nichts über erfolgten Stuhlgang nach der Geburt; wenn der Stuhl aber auch am 4. Tage, als ich verreiste, noch nicht erfolgt war, so war dies an sich noch kein Grund, eine Darmerkrankung zu vermuten.

Auf die Operationsfrage werde ich bei diesem Verlauf des Falles nicht eingehen. Merkwürdig bleibt in diesem Falle entweder die Indolenz der Pat., welche meines Wissens während ihrer Schwangerschaft keinen Arzt konsultierte, oder aber, daß eine so schwere Krankheit auch in der Schwangerschaft und während der Geburt so lange unbemerkt bestehen konnte. Die Ausdehnung der Krankheit, auch die Kotstauung haben dem Eintritt des Kopfes nicht im Wege gestanden, vielleicht die Drehung des Kopfes im Becken behindert. Ob hier, wie Rossa die Möglichkeit annimmt, durch den Bestand des Kottumors die Wehentätigkeit ungünstig beeinflußt wurde, weiß ich nicht. Der Darm unterhalb des Tumors war natürlich leer, und der Kopf, als ich untersuchte, tief eingetreten. Die Anlegung der Zange, auch die Extraktion, machten keine Schwierigkeiten; die Zange wurde einmal angelegt und konnte liegen bleiben. Per vaginam war das Karzinom, wie Kollege de Monchy mir mitteilte, nicht zu fühlen. Die Extraktion, das Vorbeigleiten des Kopfes am Karzinom scheinen den Tumor nicht ungünstig beeinflußt zu haben; besondere Schmerzen oder Blutabgang aus dem Rektum wurden mir nicht berichtet, man hätte mir dies wohl gesagt, da ich die Pat. 2mal täglich besuchte.

Die Möglichkeit einer »bedauerlichen Verwechslung der durch die Neubildung des Mastdarmes bedingten Beschwerden mit Störungen, welche lediglich durch die Schwangerschaft bedingt sind (Rossa)«, kann ich nicht leugnen. Es könnte sich diese Möglichkeit dann aber nur auf Stuhlverstopfung beziehen, denn besondere Klagen über Schmerzen, Blutabgang etc. hat Pat. weder mir gegenüber geäußert, noch haben dieselben Pat. Veranlassung gegeben, ihren Hausarzt zu Rate zu ziehen. Die Ödeme ohne Eiweiß im Harn hätten die Aufmerksamkeit auf eine Anomalie im kleinen Becken lenken können; da aber Pat. sich nicht wieder zeigte und nicht unter ärzlicher Beobachtung stand, ging auch diese Gelegenheit, das Karzinom noch in der Schwangerschaft zu diagnostizieren, vorbei.

Neue Bücher und Referate.

1) **E. Ill** (Newark, New Jersey). Vorlesungen über gynäkolog. Krankenpflege. Gesammelt von Miss Ellen Connington.

Newark, **John Scheller,** 1901.

Für Personen, welche sich der Pflege kranker Frauen widmen wollen, bietet das kleine Werkchen eine ebenso instruktive als praktische Anleitung. Ohne auf Dinge einzugehen, welche dem Verständnis der Schülerin zu ferne liegen, enthält es alles Wichtige, was eine tüchtige Pflegerin für ihren Beruf braucht. In ganz allgemein gehaltener Form wird die Anatomie und Funktion der Geschlechtsorgane erläutert; dem Gebrauch des Katheters, der Vaginalinjektion, dem Einlauf sind eigene Kapitel gewidmet. Besonders ausführlich ist die Vorbereitung der Pat. für operative Eingriffe besprochen.

Das Werkchen verdient die Übertragung in andere Sprachen.

G. Frickhinger (München).

2) **N. K. Nejolow.** Über die Durchgängigkeit der Placenta für nichtpathogene Mikroorganismen und über phagocytäre Fähigkeit derselben.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 33.)

Verf. hat seine Untersuchungen im Laboratorium des bakteriologischen Institutes des Prof. W. K. Wissokowitsch zu Kiew ausgeführt. Schwangeren Kaninchen wurde in die Ohrvene eine Emulsion von Heustäbchensporen in physiologischer Kochsalzlösung injiziert. Diese Sporen wurden deshalb gewählt, weil sie im Gegensatz zu anderen pathogenen und nichtpathogenen Mikroorganismen in Organen mehr als 3 Monate lebensfähig bleiben. Es wurden so viele Sporen genommen, daß bei mikroskopischer Untersuchung der Emulsion mit Immersion im Gesichtsfelde nicht mehr als 2—3 Sporen sichtbar werden. Bei der Injektion wurde ein Tropfen der Emulsion zur Kontrolle auf Agar-Agar kultiviert. Nach 2—6 Tagen nach der In-

*

jektion wurden die Tiere durch Chloroformnarkose getötet und das Blut der Mutter- und Fötalorgane und der Placenta auf Agar-Agar kultiviert.

Auf Grund seiner Untersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Durch eine gesunde Placenta gehen die nichtpathogenen Mikroorganismen von der Mutter auf das Kind nicht über.

2) Die Placenta ist ein sehr schwaches, phagocytäres Organ: Von 10 Versuchen, bei denen das Blut bei der Untersuchung steril gefunden wurde, wurden nur in 4 Fällen 1—2—3 Sporen in der Placenta durch Kultur auf Nährboden nachgewiesen, obwohl zu Versuchen sehr große Placentarstücke, z. B. in einigen Fällen $^1/_{10}$ des ganzen Organs, genommen wurden; zur selben Zeit wuchsen von erbsengroßen Stückchen der Leber oder Milz 500—1000 und noch mehr Kolonien auf. Was die phagocytäre Fähigkeit betrifft, so kann die Placenta, trotz vieler neugebildeter Gefäße mit großer Menge endothelialer und dazu junger Zellen, in eine Reihe mit den höheren Organen, nämlich mit dem Gehirn, gestellt werden.

Diese Eigenschaft der Placenta ist nach Verf. Meinung auch vom biologischen Standpunkte aus sehr zweckmäßig: die Placenta ist von der Natur zur Ernährung der Frucht bestimmt und kann auf sich keine andere Rolle nehmen, besonders solche, bei der sie mit den sozusagen Leichen niedriger Organismen beschmutzt werden und den Fötus infizieren konnte. **M. Gerschun** (Kiew).

---

3) **W. L. Jacobson.** Über die Bedeutung der Luftreinigung in Operationsräumen.

(Journ. akusch. i shensk. bolesnej 1902. Mai. [Russisch.])

Nach Literaturübersicht der Frage berichtet Verf. über seine Versuche über die Bedeutung der Luftreinigung des Operationszimmers mit Dampf, die er in der Klinik des Prof. Dr. O. v. Ott im kaiserlichen klinischen Institute für Ärzte ausgeführt hat.

Die Versuche wurden folgenderweise angestellt: Mit Fleischpepton-Gelatine oder Agar-Agar gefüllte Petrischalen wurden auf den Operationstisch gestellt und während einer halben Stunde offen gelassen. Die Luft wurde vor der Einwirkung des Dampfes und nach vollständiger Senkung desselben vor und während der Operation untersucht.

Der Dampf wird in das Operationszimmer aus einem hinter der Wand desselben liegenden Lokal durch ein Rohr, welches mit einem großen Dampfkessel vereinigt ist, geführt. Er strömt hinein unter einem Druck von 3 Atmosphären, geht in alle Winkel des Operationszimmers und füllt es mit sehr dichtem Nebel, welcher sich dann kondensiert und als Regen im Laufe von 2 Stunden fällt.

Aus den Versuchen im Operationszimmer wurde klar, daß nach Waschung die Zahl der Kolonien auf den Schalen sich stark verminderte. Bei 65 Versuchen wurden vor der Waschung 11—71 Kolonien erhalten, nach der Waschung blieb $^1/_4$ der Schalen steril; in den

übrigen waren 2—5 Kolonien vorhanden. Vor der Operation war die Zahl der Kolonien etwas größer — bis 7 in jeder Schale; während der Operation war die Zahl 6—41. Nach Verf. Meinung ist die Anwesenheit mehrerer Personen bei der Operation Ursache dieser Erscheinung.

Pathogene Mikroorganismen wurden im Operationszimmer nicht nachgewiesen, während im Verbandzimmer weißer und gelber Staphylokokkus gefunden wurde. Im allgemeinen wurden im Verbandzimmer bis 281 Kolonien im Laufe von einer halben Stunde gefunden. Die Waschung des Verbandszimmers mit Wasser verminderte die Zahl der Mikroorganismen auf $^1/_3$.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Im Operationszimmer ist die Luft nach Reinigung mit Dampf verhältnismäßig rein und bleibt in demselben Zustande bis zur Operation.

2) Bewegung und Anwesenheit vieler Personen im Operationszimmer erhöht die Zahl der Mikroorganismen der Luft.

3) In der Luft des Verbandzimmers ist die Zahl der Mikroorganismen viel größer als in der des Operationszimmers.

4) Die Waschung mit Wasser vermindert die Zahl der Kolonien auf den Schalen.

5) Im Operationszimmer wurden keine pathogenen Mikroorganismen gefunden; im Verbandzimmer wurden Staphylokokken gefunden.

Die verhälnismäßig reine Luft im Operationszimmer erklärt Verf. durch folgendes: 1) das Operationszimmer ist von den Krankenzimmern sehr entfernt; 2) in ihm werden nur Operationen, keine Verbände ausgeführt; eitrige Operationen werden im anderen Raume ausgeführt; 3) das Zimmer funktioniert nur dreimal in der Woche, die übrige Zeit bleibt es geschlossen; 4) Heizung liegt außerhalb des Operationszimmers; 5) der Luftzug geht dank gut eingerichteter Kaloriferofen vom Operationszimmer; 6) wahrscheinlich hat auch Bedeutung, daß $^3/_4$ des Operationszimmers in einem Garten herausgeht.

Die Sorge für reine Luft im Operationszimmer, schließt Verf., ist für den Chirurgen ebenso wichtig, wie die Ausführung anderer Regeln der Aseptik. **M. Gerschun** (Kiew).

4) **M. A. Zansailow.** Zur Frage über Aseptik und Antiseptik.

(Wratschebnaja Gazeta 1902. Nr. 9, 11, 14 u. 15. [Russisch.])

Verf. hat eine Reihe von Versuchen angestellt, um die Frage zu entscheiden, inwiefern die Aseptik die Verunreinigungen der Wunden verhütet. Seine Versuche teilt Verf. in 3 Reihen:

Zuerst hat Verf. die bakteriologische Untersuchung der Luft in geschlossenen Räumen vor und nach der Reinigung derselben ausgeführt.

Die 2. Reihe der Versuche betrifft die Händereinigung. An diesen Versuchen nahmen der Chef der chirurgischen Abteilung, der Leiter des bakteriologischen Laboratoriums, Feldscher der chirurgischen Abteilung und einige Diener teil. Die Hände wurden in heißem Wasser mit Seife und Bürste gewaschen und dann 5 Minuten lang entweder in einer Lösung von Sublimat (1 : 500) oder Formalin (2—10%ig) oder Karbolsäure (5%ig) oder Sublimat (1 : 500) und Karbolsäure (3%—5%ig) liegengelassen. In einigen Fällen wurden die Hände außerdem in eine alkoholische Lösung von Sublimat (1 : 500) eingetaucht oder aus dem Richardson'schen Pulverisator mit einer Ätherlösung von Sublimat (1 : 500) pulverisiert.

Die 3. Reihe der Versuche betrifft das Verbandmaterial, Seide und Instrumente. Zu diesem Zwecke wurde nicht steriles Verbandmaterial aus dem Ambulatorium genommen und in Bouillon gelegt; dann wurde auch steriles Material untersucht; endlich wurde steriles Verbandmaterial in Metallkästchen, die vor dem Versuche einige Mal geöffnet wurden, liegen gelassen und nach einiger Zeit untersucht.

Seide wurde in Lösungen von 1) Hydrarg. bichlor. corros. 0,1, Aq. destill. 100,0; 2) Hydrarg. bichlor. corros. 0,1, Spirit. vini 90—100,0; 3) Formalin 40,0—2,0 Aq. destillat. 100; 4) Formalin 2,0, Spirit. vini 100,0 und 5) Hydrarg. bichlor. corros. 1 : 500 + Acid. carbolic. 6% gelegt und nach einiger Zeit untersucht.

Auf Grund seiner Untersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Die Luft kann in geschlossenen Räumen bei einigen günstigen Bedingungen, nämlich bei feuchtem Boden außerhalb des Raumes, von der Anwesenheit von Mikroorganismen vollständig befreit werden.

2) Bei Anwesenheit von Staub in äußerer Luft, wird durch alle Mittel der Luftreinigung nur merkbare Verminderung der Allgemeinzahl der Mikroorganismen beobachtet.

3) Die in der Luft vorhandenen Mikroorganismen verunreinigen unzweifelhaft die Hände des Chirurgen, Verbandstoffe und das Operationsfeld.

4) Mikroorganismen, die sich in der Luft befinden und auf steriler Bouillon gezüchtet sind, haben geringere pathogene Eigenschaften im Vergleiche mit Mikroorganismen, die auf totem oder lebendem Gewebe gezüchtet sind.

5) Mikroorganismen, die aus einem Tropfen frischen Eiters auf steriler Bouillon gezüchtet sind, behalten ihre pathogenen Eigenschaften.

6) Solche Mikroorganismen haben die Fähigkeit, die entsprechende Reaktion im Organismus hervorzurufen unter der Bedingung, daß ihre Zahl ein gewisses Minimum überragt; in minimaler Zahl können pathogene Mikroorganismen keine Störungen hervorrufen. Es hat also die Zahl der pathogenen Mikroorganismen unbedingt einen Einfluß auf ihre Fähigkeit, entsprechende Veränderungen im Organismus hervorzurufen.

7) Mikroorganismen, die aus altem Eiter gezüchtet sind, haben viel geringere pathogene Eigenschaften im Vergleiche mit frischem Eiter.

8) Mikroorganismen, die sich auf Wunden befinden, können bei günstigen Bedingungen sich in ihren Eigenschaften verändern und besonders starke pathogene Eigenschaften zeigen.

9) Desinfektion und Sterilisation der Hände ist vollständig möglich, und der Erfolg der Desinfektion hängt nicht nur von Mitteln, mit denen die Desinfektion ausgeführt wurde, sondern auch vom Grade der Verunreinigung der Hände ab.

10) Der beste Erfolg wird bei systematischer mehrmaliger Reinigung erhalten.

11) Bei einmaliger Reinigung und Sterilisation der Hände kann man vollständige Sterilität nur bei Anwendung starker Desinfektionsmittel erhalten (Sublimat 1 : 300 mit 6%iger Karbolsäure).

12) Alle Desinfektionsmittel haben schlechten Einfluß auf die Haut der Hände; besonders schlecht wirken Formalin, dann Karbolsäure; Sublimat, auch in starken Lösungen, verändert die Haut der Hände am wenigsten.

13) Bei mechanischer Reinigung und Waschung mit Spiritus und Sodalösung kann man bei schmutzigen Händen keine absolute Sterilität erzielen.

14) Verbandstoffe werden durch alle Desinfektionsapparate vollständig steril gemacht.

16) Das sterile Verbandmaterial bei Aufbewahrung im Papier wird nicht verunreinigt, auch nicht bei mehrmaligem Öffnen des Kastens.

17) Die chirurgischen Instrumente werden durch Kochen in Sodalösung, auch durch Tauchen in starke Karbol- oder Formalinlösung während kurzer Zeit vollständig steril gemacht.

18) Seide, welche in der chirurgischen Praxis angewandt wird, wird bei Aufbewahrung in Sublimatlösung (1 : 500) oder Formalin (10%ig) schnell und sicher steril gemacht.

19) Jodoform, welches zum Bestreuen der Wunde angewandt wird, kann durch Mikroorganismen verunreinigt werden, wenn es nur vor dem Gebrauche nicht sterilisiert wurde.

20) Das Operationsfeld wird bei einmaligem Anwenden starker Desinfektionsmittel ohne Schaden für die Haut steril gemacht.

21) Das sterile Verbandmaterial, welches die Wunde bedeckt, bleibt steril, wenn es auch mit Absonderungen aus der Wunde durchtränkt wird.

22) Steriles Verbandmaterial, die das in Heilung per primam begriffene Wunde bedeckt, kann in einigen Fällen ohne Schaden für die Wunde schmutzig werden. **M. Gerschun** (Kiew).

---

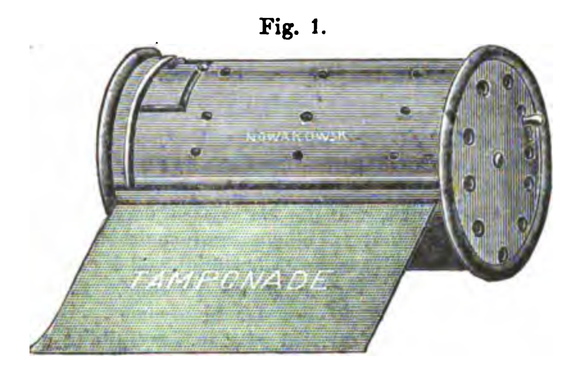
5) **L. Knapp.** Über unstillbare Blutungen im Anschlusse an die Geburt.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 33—39.)

Auf rund 11 000 Geburten der Prager deutschen Klinik entfallen 4 Fälle von Verblutung im Anschlusse an die Geburt (darunter 3 Fälle von Placenta praevia, einer mit Nephritis acuta kombiniert, im vierten war nach spontaner Geburt außerhalb der Klinik die Placenta trotz zweistündiger (!) manueller Lösungsversuche nicht geboren), in einem 5. Falle, ebenfalls Placenta praevia, trat zu den Erscheinungen der akuten Anämie noch ein Karbolkollaps (intra-uterine Irrigation mit 5 Liter einer 3%igen Karbollösung). Trotz der rechtzeitig zur Anwendung gekommenen Therapie (3mal Wendung, 1mal Blasensprengung bei den Fällen von Placenta praevia und trotz lege artis ausgeführter, aller gegen Atonie erforderlichen Maßnahmen, trat der Tod ein, in 2 Fällen bereits nach ca. einer Stunde. Im Anschlusse an die ausführlichen Krankengeschichten gibt K. einen Überblick über das richtige Vorgehen bei atonischen Nachblutungen in der Nachgeburtsperiode: Entleerung der Blase mittels Katheter, dabei Aufsuchen allfälliger versteckter Clitorisrisse, Kompression, Tamponade oder Umstechung derselben, bei schlaffem Uterus und Abgang flüssigen Blutes Zirkelreibungen des Fundus, gleichzeitig 1—2 ccm Ergotin subkutan, bei stärkerer Blutung Expression der Placenta; führt diese (in seltenen Fällen) nicht zum Ziele, so wird ohne Verzug zur manuellen Lösung geschritten. Zeigt der entleerte Uterus keine Tendenz zur Kontraktion, so kann gleich ein Versuch der bimanuellen Kompression gemacht werden. Hierauf event. heiße Scheiden- bezw. Uterusirrigation, versagt diese, sofort Tamponade mit Jodoformgaze. Bei Erfolglosigkeit ist dieselbe sofort durch eine zweite event. dritte zu ersetzen, event. mit Zuhilfenahme von Eisenchloridwatte. (In einem Falle, als bereits alles zur Totalexstirpation vorbereitet war, hatte die 3. Tamponade des Uterus noch lebensrettend gewirkt). Die Wiederholung der Tamponade scheint sicherer zu wirken, als die bimanuelle Kompression, mit welcher K. zu wiederholten Malen Enttäuschungen erlebt hat. — Die Prophylaxe hat die bekannten Ursachen der Atonie sorgsam zu beachten: abnorm rascher Geburtsverlauf (die Entwicklung der Frucht [Zange, Kranioklast] darf nicht unmotiviert beschleunigt, die Expression der Placenta nicht übereilt werden), übermäßige Ausdehnung der Gebärmutter durch übergroße Früchte, Zwillinge oder Hydramnion, Placenta praevia, sowie Cervixrisse, Uterusruptur; disponierend wirken langdauernde Blutverluste durch vorzeitige Lösung der Placenta, bei protrahierter Fehlgeburt, weiter Wehenschwäche, die sich in die Nachgeburtsperiode fortsetzt, endlich die habituelle Atonie mancher Mehrgebärenden (Schwächung der Muskulatur durch rasch folgende Entbindungen, besonders bei septischem Verlauf), welche mit der Zahl der Geburten ohne sonst erkennbare Ursache an Stärke zunimmt. Die isolierte

Paralyse der Placentarstelle kann nicht bestritten werden, sie kommt als Fortsetzung der normal atonischen Zone des unteren Uterinsegmentes auf die Haftstelle der Placenta, noch häufiger als Teilerscheinung der allgemeinen Paralyse der Uterusmuskulatur vor. Prophylaktisch wichtig ist ferner die möglichste Vermeidung der Narkose, der frühzeitige Gebrauch von Ergotin, wenn möglich 10 Minuten vor Beendigung jeder entbindenden Operation. K. empfiehlt die Verdünnung des Ergotin (Bombelon, 2 Teile) mit einer $^1/_2$%igen sterilen Cocainlösung (1 Teil), durch 5 Minuten kochen lassen, behufs Vermeidung von Reizerscheinungen; die Dosis darf nicht zu knapp bemessen sein, unter Umständen können rasch folgend 4—5 Spritzen auch des unverdünnten Präparates injiziert werden. Schließlich ist neben richtiger Leitung der Nachgeburtsperiode eine längere Überwachung des Uterus als 15—20 Minuten (Kleinwächter in Sänger's Encyklopädie) nötig, denn es können auch nach längerer Zeit (einmal nach 3 Stunden) noch gefährliche Atonien eintreten. K. bespricht dann eingehend die vielen Fehler in der Behandlung der

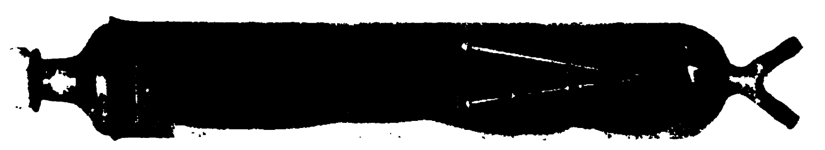
Fig. 1.



Nachgeburtsperiode (forziertes Massieren, allzuhäufige Expressionsversuche etc., weiter einzelne der Maßregeln noch im besonderen. Zu Uterusspülungen dürfen nur indifferente Lösungen (übermangansaures Kali, Kochsalz, Essigwasser etc.) verwendet werden, Eiswasser ist schwer steril zu verschaffen, 40°ige heiße Lösungen sind also vorzuziehen. Die lege artis ausgeführte Uterustamponade ist (entgegen Kleinwächter) ein sicher blutstillendes und kontraktionserregendes Mittel, das in dieser Art der Wirkung durch nichts anderes ersetzt werden kann. K. würdigt die Dührssenbüchsen vollkommen, zieht aber, da ihre Eröffnung bei Abreißen des Blechstreifens unmöglich werden kann, Büchsen eigener Konstruktion mit einfachem, sicherem Verschlusse (Präzisionsarbeit von Nowakowski, Wien IX, Universitätsstraße 4) vor (Fig. 1). Das Arendt'sche Verfahren (Zug mittels zweier Muzeux'schen Zangen) hat bei schweren, reinen Atonien mehr negative Erfolge ergeben, ist aber, mit forzierter Drehung (Torsion der Gefäße) verbunden, zweckmäßig als Vorakt jeder Uterustamponade auszuführen. Die in verzweifelten Fällen noch nötige Kompression

der Aorta ist ein sicheres Verfahren, exakt aber nur mit beiden Händen gleichzeitig auszuführen. Bei unstillbarer Blutung sich zur Totalexstirpation zu entschließen, kann nach den bisherigen Miß-

Fig. 2.



erfolgen der Kliniken nicht gefordert werden. Die Kochsalzinfusion soll nur vorgenommen werden, wenn Verhältnisse geschaffen sind, die einen sicheren Gefäßverschluß garantieren. Den hierzu nötigen kompendiösen Apparat nach Zaufal[1] veranschaulicht Fig. 2.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

6) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 13. Mai 1902.

Vorsitzender: Piskaček; Schriftführer: Hitschmann.

Schlagenhaufer (als Gast): Über das Vorkommen chorionepitheliom- und traubenmolenartiger Wucherungen in Teratomen.

Der Ausgangspunkt der Untersuchungen S.'s war ein metastasierender Hodentumor. Die primäre Geschwulst, wie die Metastasen derselben zeigten eine vollständige morphologische Gleichheit mit einem Chorionepitheliom des Weibes. Dies wurde auch von Marchand, Langhans bestätigt. Bei genauer Untersuchung des primären Tumors erwies sich derselbe als Teratom. Indem S. die derzeit herrschende Ansicht über die Entstehung der Embryome — entweder aus einer befruchteten Polzelle oder aus dislozierten oder in der Teilung zurückgebliebenen Blastomere — acceptiert und auf seinen Fall anwendet, wird die Möglichkeit einer Ableitung der chorionepitheliomgleichen Wucherungen aus Fruchthüllen oder deren Rudimenten verständlich und dadurch die gleiche genetische Ableitung dieses männlichen Chorionepithelioms vom Epithelüberzug der Chorionzotten des abortiven Eies und demnach dessen genetische Identität mit einem weiblichen Chorionepitheliom ermöglicht. Durch diesen Nachweis von wirklichen Chorionepitheliomtumoren in Teratomen können auch andere in der Literatur vorkommende und meist gegen die Spezifität der Chorionepitheliome verwerteten von chorionepitheliomgleichen Sarkomen richtig verstanden und im Sinne der Spezifität erklärt werden.

Nach Feststellung der Tatsache des Vorkommens von Chorionepitheltumoren in Teratomen erschien S. auch die Möglichkeit des Vorhandenseins traubenmolengleicher Wucherungen in diesen embryonalen Geschwulstbildungen gegeben. Es finden sich tatsächlich 5 Fälle in der Literatur, bei denen traubenmolengleiche Wucherungen beschrieben worden sind. Es sind dies der Waldeyer'sche, Breus'sche, Kanthack- und Pigg'sche, Silberstein'sche und MacCollum-sche Fall. S. hält die primären Geschwülste für Teratome, in denen die Eihüllen oder deren Rudimente zur traubenmolengleichen Wucherung geführt hatten. Er möchte diese makroskopisch jedesmal mit einer Traubenmole verglichenen Wuche-

---

[1] Zu beziehen bei H. Grünwald, Glasbläser des deutschen chem. Instituts der Universität, zum Preise von 5 Kronen.

rungen als identisch erklären mit einer Traubenmole des Weibes. Eine Überprüfung des Breus'schen Falles ergab die Richtigkeit dieser Annahme. Die zottenartigen Wucherungen in den Venen im Herzen erwiesen sich histologisch z. T. als identisch mit einer Hydatidenmole.

Es kommen demnach in Teratomen nicht allein chorionepitheliom-, sondern auch traubenmolenartige Wucherungen vor, welche dieselbe Genese haben, wie die Chorionepitheliome resp. Traubenmolen in der Schwangerschaft.

Durch diese Tatsachen werden zahlreiche Punkte über das Chorionepitheliom, über den epithelialen Überzug, über die Teratome etc. in eine neue Beleuchtung gebracht. Diese teratoiden Chorionepitheliome sprechen unbedingt für die Spezifität der Chorionepitheliome im Sinne der Marchand'schen Lehre. Sie sprechen für eine einheitliche fötale Genese der Chorionepitheliome etc.

S. möchte auch die Ansicht vertreten, daß der Ausgangspunkt der malignen Chorionepitheliome nicht eine fertige, im organischen Zusammenhange verbliebene Zotte sein dürfte, sondern ein in frühester Zeit ausgeschalteter Keim des sonst zum Aufbau der Fruchthülle verwendeten embryonalen Materials; er möchte demnach jene Geschwülste als eine Art teratoider Tumoren aufgefaßt wissen. Eine ähnliche Auffassung könnte auch für die Blasenmole, namentlich die destruierende Blasenmole geltend gemacht werden. Der von Bonnet für eine Klassifikation der Teratome bezüglich ihrer Entstehung aus Polzellen oder ausgeschalteten Blastomeren geforderte Nachweis von Fruchthüllen oder deren Rudimenten resp. deren Fehlen scheint durch derartige Fälle erbracht zu sein.

Diskussion. Breus: Als ich im Jahre 1877 den Mann sezierte, von dem das Präparat stammt, hatte ich nur das Ungewöhnliche des Verbreitungsweges, den die Geschwulst genommen, vor Augen. Mich beschäftigte nur das Eindringen der Geschwulstmassen in die Venen und die ungemeine Verbreitung derselben in das Gefäßsystem hinein. Was den histologischen Charakter dieser Geschwulstmassen anlangt, so mußte mich dieselbe an die äußere morphologische und histologische Übereinstimmung mit der Traubenmole erinnern. Damit schien mir auch jede Beziehung dieses Tumors zur Traubenmole erschöpft; an eine wirkliche histogenetische Identität dieses Tumors mit der Traubenmole habe ich nicht gedacht. Die interessante Auffassung, welche Herr Schlagenhaufer von solchen Vorkommnissen entwickelt, war vor 25 Jahren noch nicht vorbereitet. Niemand hätte je daran geglaubt, eine Traubenmole in dem Herzen eines Schlossergesellen finden zu können. Es handelt sich im vollsten Sinne darum. Es liegt hier eine Traubenmole vor, hervorgegangen aus einer befruchteten Eiselle, entwickelt und entstanden im Körper eines Mannes. Den merkwürdigen Charakter dieses Tumors als erster erkannt zu haben, ist ein Verdienst Schlagenhaufer's. Auch spätere Autoren, d. h. solche, welche später als ich solche Fälle beschrieben haben, sind auf einem eben solchen primitiven Standpunkte gestanden, wie früher ich. Erst S. hat die modernen embryologischen Anschauungen zusammengenommen und die logischen Konsequenzen daraus gezogen. S. wird in seiner Publikation Gelegenheit haben, seine Ansichten noch überzeugender darzustellen. Jedenfalls ist seine Auffassung von großer Bedeutung für das Verständnis der Teratome und der Chorionepitheliome.

Peters: Die interessanten Mitteilungen von Schlagenhaufer erklären das Vorhandensein von Trophoblastwucherungen in teratoiden Geschwülsten beim Manne. Die Auffassung der Ätiologie der Teratome, nämlich die Annahme der Befruchtung einer Polzelle oder einer dislozierten Blastomere rührt von Marchand und Bonnet her und ist gewiß die einzig mögliche Erklärung, die heute vorliegt, für die teratoiden Geschwülste im allgemeinen. Es ist diese Mitteilung für die Auffassung des malignen Chorionepithelioms beim Weibe gewiß auch von großem Interesse, nur fehlt es bis jetzt an Beweisen für die Ausdehnung dieser Hypothese auch auf das beim Weibe vorkommende maligne Chorionepitheliom. Der Umstand, daß in Teratoiden des Hodens Eihüllen und von diesen ausgehend maligne, histologisch dem Chorionepitheliom beim Weibe kongruente Tumoren nachweisbar sind, stützt diese Hypothese wesentlich, berechtigt jedoch nicht, an-

zunehmen, daß das Chorionepitheliom beim Weibe auch einen teratoiden Charakter hat. Ich kann mir nicht vorstellen, daß eine Blasenmole so zustande kommt, daß irgend eine Polzelle oder eine versprengte Blastomere befruchtet worden und zur Entwicklung gekommen sei, und daß sich an irgend einem Punkte der Oberfläche des normal entwickelten Eies ein derartiges pathologisches Gebilde festsetzt, welches nach meiner Ansicht nur an einem Punkte des Eichens eine derartige Wucherung erzeugen könnte. Die Blasenmole ist ja an der ganzen Circumferenz umgeben von Wucherungen des Chorionepithels. Ich kann mir nicht vorstellen, wie eine verirrte Blastomere solche Wucherungen am Chorionepithel erzeugen könne. Schlagenhaufer hat sich allerdings nur hypothetisch darüber geäußert, doch ich behaupte, wir haben es gar nicht notwendig, darauf zu rekurrieren, denn wir kennen als Substrat für die maligne Wucherung die Eihülle resp. den Trophoblast des befruchteten und zur Entwicklung gelangten Eies, und kennen die physiologisch und pathologisch verschiedenen Qualitäten und Quantitäten der Trophoblastwucherung, eines mit allen Eigenschaften embryonaler unbeschränkter Proliferation fähigen Gewebes sehr genau. Bevor nicht beweisendere Momente vorliegen, werden wir vorläufig also noch von dieser Hypothese absehen müssen.

Ein anderer wichtiger Punkt, den ich berühren möchte, ist der folgende: Es ist das Syncytium von den meisten Autoren als ektodermal angesehen worden, und die Gegner dieser Ansicht werden immer spärlicher. Durch meine Publikation ist es mir auch gelungen, einige Anhänger für diese Ansicht zu gewinnen. Immerhin existieren namhafte Forscher, welche den mütterlichen Ursprung des Syncytium verteidigen. Wenn meine und anderer Untersuchungen die Gegner nicht von der fötalen Provenienz des Syncytium überzeugen konnten, so müssen sie nun durch S.'s Fall davon überzeugt sein, denn wie könnte das Syncytium beim Manne anders entstehen, als aus dem Trophoblast, den fötalen Eihüllen? Hiermit scheint diese Frage endgültig erledigt zu sein.

Wenn S. meint, daß das maligne Chorionepitheliom, welches sich an eine normale Geburt anschließt, auch kein Hindernis gegen die teratoide Auffassung bieten würde, so möchte ich fragen, wie er sich jene Fälle vorstellt, wo der Uterus ganz frei von Tumor ist und wo nur vaginale und andere Metastasen vorhanden sind, und ob er auch dies mit der Hypothese des teratoiden Ursprungs vereinigen kann. Es ist ja diese Gruppe von Fällen besonders interessant und glaube ich, daß gerade diese Fälle einmal Aufklärung schaffen werden über das Zustandekommen des Chorionepithelioms, sobald es gelungen sein wird, das ursprünglich ausgestoßene Ei resp. die Placenta auch histologisch zu untersuchen. Bis jetzt kam kein Fall vor, wo die Placenta untersucht werden konnte. Diese Fälle sind mehrfach erklärt worden; ich gehe auf diesen Punkt bei dieser Gelegenheit ein, weil in der letzten Sitzung unserer Gesellschaft zwei solche Fälle, einer von mir und einer von Hübl und früher noch zwei Fälle von Schmidt vorgestellt worden sind, und weil sich an diese Fälle nur teilweise eine Diskussion angeschlossen hat. Es sind diese Fälle nur schwer zu erklären. Die einen nehmen an, daß mit der ausgestoßenen Placenta ein maligner Tumor ausgestoßen worden sein soll und die Metastase als eine vom malignen Tumor ausgehende echte Metastase aufgefaßt werden könne (Schmorl). Andere erklären die Sache so, daß eine normale Placenta ausgestoßen worden sein konnte und daß das normale Chorionepithel an der Metastasierungsstelle maligen zu wuchern begann (Schmidt u. a.). Beide Erklärungen hinken und befriedigen nicht. Die erste Erklärung hat wenig Anhänger gefunden, die zweite Auffassung besteht noch heute und ist nicht widerlegt. Ich habe gelegentlich des Vortrages über den von mir beobachteten Fall meine Ansicht darüber ausgesprochen, dahingehend, daß wir diese Fälle so erklären könnten, indem wir eine verschiedene Dignität des Trophoblasts annehmen. Das soll heißen: Der Trophoblast behält seine ihm ab ovo innewohnende embryonale Wucherungsfähigkeit auch in späteren Zeiten, ja in einzelnen Fällen usque ad terminum. Er hat zum Unterschied von der Regel seine embryonalen Qualitäten abnorm lange bewahrt. Oder er hat von allem Anfange an andere Qualitäten (und Quantitäten) als der Norm entspricht be-

sessen. Doch wir finden bei Eiern jüngeren Datums und annähernd gleichen Alters verschieden mächtige Trophoblastschalen und auch in späteren Stadien der Schwangerschaft verschieden mächtige Reste dieser. Es ist nicht ausgeschlossen, daß in den Fällen, wo bei gesundem Uterus eine Scheidenmetastase vorhanden ist, das Chorionepithel eine solche andere Dignität besaß und daß es an dem Ei (Placenta) nur dadurch in Bann gehalten worden ist, weil der Transitverkehr zwischen Uterus und Fötus ein ungestörter war und die Placenta foetalis durch einen Fibrinwall gegen die Serotina abgeschlossen ist.

Jene Fälle, die sich an eine Blasenmole anschließen, sind leicht zu erklären, da der Transitverkehr zwischen Mutter und Kind gestört war und von vornherein eine atypische Wucherung vorhanden war. Jene Fälle, die sich an einen Abortus anschließen, werden dadurch erklärlich, daß man bei Abortus mit dem eingetretenen Fruchttode rechnen muß, der ebenfalls einen gestörten Transitverkehr bedingt. Nur die Fälle, wo es sich um eine ausgetragene Frucht handelt und die Placenta ausgestoßen wird, sind schwer zu erklären, da der Transitverkehr ein ungestörter ist. Dem Trophoblasten wohnte eine stärkere Wucherungsfähigkeit inne, die nur in Bann gehalten wurde durch die oben angeführten Momente und die erst an den auf retrogradem Wege verschleppten Zottenteilen zur Geltung kam. Ich bin gezwungen, einen solchen Modus anzunehmen, weil nachgewiesen ist, daß (insbesondere nach lange dauernden Geburten) ganze Zotten und Zottenbestandteile verschleppt werden können (Schmorl, Veit), die ganz unschädlich an ihrem Deportationsorte liegen bleiben. Ich erinnere nur an die Placentarzellenembolien bei Eklampsie (Schmorl, Lubarsch). Nachdem diese Fälle häufig sind, müßten wir, wenn der normale Chorionüberzug an der Deportationsstelle maligen werden kann, viel häufiger malignes Chorionepitheliom in Metastasen bei gesundem Uterus beobachten. Es ist in den hier angezogenen Fällen nicht anders möglich, als daß der Chorionüberzug ab ovo eine stärkere Wucherungsenergie besitzt, die erst zur Geltung kommt, wenn eine Deportation von solchen Teilen zustande kommt.

Ich habe mir diese Exkursion erlaubt, da gerade diese Fälle nicht nur von den Chorionepitheliomen die interessantesten sind, sondern auch schon gar nicht durch die von dem Herrn Vortr. herbeigezogene Hypothese erklärt werden können. Ich wäre dem Vortr. dankbar, wenn er diese seine ausgesprochene Vermutung, daß die teratoide Auffassung des Chorionepitheliom beim Weibe möglich und sogar sehr naheliegend sei, uns in extenso mitteilen würde, weil es mir nicht möglich ist, mich in diese Idee hineinzudenken, und da ich mir nicht vorstellen kann, wie eine Blasenmole, die doch im ganzen Umfange mit Chorionepithelwucherungen bedeckt ist, von einer Blastomere oder von einer befruchteten Polzelle herrühren könnte.

Schlagenhaufer: Es ist selbstverständlich, daß ich in meiner ausführlichen Arbeit auch auf die von Peters herangezogenen Fragen näher eingehen werde, namentlich bezüglich der Wichtigkeit meiner Fälle für die Auffassung des Verhältnisses zwischen den syncytialen Massen und der Langhans'schen Zellschicht. Jene eigentümlichen Fälle von isolierter Metastasenbildung in der Vagina habe ich eigentlich nicht näher ins Auge gefaßt, glaube aber, daß sie ebenso gut nach meiner Theorie zu erklären sind, wie nach der Peters'schen. Er nimmt eine verschiedene Dignität der Trophoblasten an und ich nehme eine verschiedene Dignität der ausgeschalteten Keime an, indem ich glaube, daß z. B. eine fertige Zotte nicht die Wachstumsenergie aufbringt, um ein malignes Chorionepitheliom zu erzeugen, dagegen wohl eine circumscripte lokale Wucherung. Andererseits dürfte eine frühzeitig ausgeschaltete Ektodermalzelle imstande sein, äußerst maligen zu wuchern. Die verschiedene Dignität wird bestimmt durch die zeitliche Differenz der Keimausschaltung. Peters meint, daß er mit unserer Auffassung sich den Fall nicht erklären könne, wo die ganze Circumferenz des Eies in eine Traubenmole umgewandelt ist. Ich glaube doch, indem ich als Ausgangsmaterial ein vollständiges Ei oder eine abortive Polzelle annehme, wobei die übrige Keimanlage nicht zur Entwicklung gekommen ist.

Ich habe das Gefühl, daß meine und Peter's Ansicht sich zum Teile decken.

Peters: Der Fall von Blasenmole könnte allenfalls auf diese Weise erklärt werden, indem wir annehmen, das Ei sei zugrunde gegangen und die ausgestoßene Polzelle sei befruchtet worden, und zwar auf Kosten der Furchungskugel des Eies. Wir hätten also eine befruchtete Polzelle, die sich weiter entwickelt und das übrige Ei sei zugrunde gegangen. Wie ist es aber in jenen Fällen, wo eine Placenta ad terminum da ist und an einer Stelle der Placenta fänden sich solche chorionepitheliale Wucherungen, oder die ganze Placenta zeigt eine größere Wucherungsfähigkeit des Chorionepithels, was wir aus den bis jetzt bekannten Fällen und Metastasierungen schließen können? Wir finden, daß an der Placenta der chorionepitheliale Überzug abnorm gewuchert war. Da müßten wir annehmen, daß sich das Ei ungestört entwickelte und daß außerdem neben dem entwickelten Ei an der Placenta sich zufällig an dieser Stelle eine entwickelte Polzelle niedergelassen hätte. Wir haben eine ausgetragene Frucht, normale Eihüllen. Das Ei ist intakt entwickelt und merkwürdigerweise gerade an der Stelle, wo sich die Placenta entwickelt hat, habe sich eine solche Polzelle oder Blastomere angelagert. Eine Polzelle oder Blastomere, welche nur zur Entwicklung des Keimblasenepiblasts führte und an der wir zum Gegenteil von den teratoiden Hodentumoren nichts von den drei Keimblättern, überhaupt gar nichts von einem Keim vorfinden? Für die Blasenmole würde, das Zugrundegehen des Haupteies vorausgesetzt, diese teratoide Auffassung möglich sein, für die übrigen Fälle stößt dieselbe aber auf ungeheure Schwierigkeiten. Wir hätten also beim Weibe für einige Fälle eine teratoide Hypothese und für andere eine andere.

Schlagenhaufer: Ich betone, daß ich bei meinen Ausführungen das Hauptgewicht darauf legte, daß es mir in Analogie mit anderen Geschwülsten wahrscheinlich scheint, daß auch der Ausgangspunkt der Chorionepitheliome nicht eine fertige Zotte resp. deren epithelialer Überzug sein dürfte, sondern ein ausgeschalteter Keim des sonst zum Aufbau der Fruchthülle verwendeten embryonalen Materials. Ich spreche nur von einer Art teratoider Tumoren.

Peters: Ich möchte nur betonen, daß das embryonale Gewebe des Chorionüberzuges scheinbar doch eine gewisse Ausnahmestellung einnimmt, denn wir sehen ja auch bei normaler Eieinbettung und bei normaler Entwicklung des Eies derartige Wucherungsprozesse des fötalen Keimblasenektoderm; der Trophoblast übt ja förmlich einen destruierenden Einfluß auf das mütterliche deciduale Gewebe der Umlagerungszone. Da Ei liegt ja wie ein Parasit in der Decidua, welcher sein Leben auf Kosten des Mutterbodens fristet. Schon die Proliferationsfähigkeit des normalen Trophoblasten in frühen Stadien ist etwas ganz exzeptionelles. Daß nun bei derartigen anormalen Eigenschaften es ja nicht übermäßig wunderlich ist, daß auch dieser Trophoblast atypische Wucherungen zeigen kann, ist naheliegend. Wir brauchen nicht so weit zu gehen, daß wir annehmen, daß dies teratoide Wucherungen sind. Es ist eine eigentümliche, in die Geschwulstlehre nicht recht einzuklassifizierende, vom embryonalen Gewebe ausgehende Wucherung.

Neueste Literatur.

7) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Festschrift, Herrn Prof. Dr. Fritsch bei Gelegenheit des 25jährigen Bestehens des Zentralblattes für Gynäkologie von seinen Schülern gewidmet.

Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1902.

1) R. Biermer (Wiesbaden). Über Harnleiterkompression bei Eklampsie.

Mit Fehling glaubt B. das Wesen der Eklampsie in einer Vergiftung fötalen Ursprungs zu sehen. Sie kommt zum Ausbruch, wenn nach Dienst und Kollmann die Exkretionsorgane der Mutter bis zu einem gewissen Höhepunkt geschädigt sind. Halbertsma, Löhlein, Schauta u. a. m. haben auf den re-

lativ häufigen Befund von ein- oder doppelseitiger Ureterenkompression aufmerksam gemacht und ihr die Bedeutung des auslösenden Moments zugewiesen. Nach Löhlein betragen die Ureteranomalien unter den sezierten Fällen 20,5%, nach Schreiber (Chrobak) sogar 39,6%. Die Häufigkeit der Eklampsie bei Erstgebärenden und hier wiederum bei Kopflagen spricht dafür, daß die Eklampsie von der Kompression des Ureters durch den frühzeitig ins Becken gepreßten Kopf ausgelöst wird. B. führt 64 Eklampsiefälle mit ein- und doppelseitiger Ureterenkompression aus der Literatur an, beschreibt im Anschluß daran einen gut beobachteten Fall der eigenen Praxis und gibt dann eine Tabelle über 33 einschlägige Sektionsergebnisse: »Anomalien der Aortenteilung und des Ureterenverlaufes«, welche die Kompression erklären. Die Häufigkeit der Nierenstörungen (Hydronephrosis, Nephritis) wird besonders hervorgehoben. Die Therapie bleibt stets die möglichst rasche Entbindung, event. durch Sectio caesarea, »welche dem Dührssen-schen Verfahren vorzuziehen ist«.

2) H. Born (Beuthen). Ein Beitrag zur konservierenden operativen Behandlung der chronischen Uterusinversion.

Das konservierende Spaltungsverfahren zur Beseitigung der Inversio uteri ist nicht neu. Nach Sims, Courty u. a. hat es Browne 1888 angewendet. Seit Küstner's Veröffentlichung 1893 ist es allgemein anerkannt und in der von Westermark-Borelius vorgeschlagenen Modifikation (Spaltung der hinteren Uteruswand bis in den Eröffnungsschnitt des Douglas hinein) offenbar am leistungsfähigsten. Die bisher in der Literatur mitgeteilten etwa 21 Fälle beweisen, daß die wenigen Mißerfolge bei dem Einschlagen des Küstner'schen Verfahrens bei der zweiten Operation nach Westermark-Borelius heilbar waren. Ihnen fügt er einen eigenen Fall an, in welchem er die Inversio nach 5jährigem Bestehen operativ nach dem demselben Verfahren heilte. Ob die Funktionsfähigkeit des Uterus auch in den veralteten Fällen wiederkehrt, ist zweifelhaft. Vielleicht wird bei Vorhandensein hinterer Fixationen die Spaltung der vorderen Wand nach Spinelli-Kehrer vorzuziehen sein, um den reinvertierten Uterus bald vorn fixieren zu können.

3) L. Kantorowicz (Posen). Zur Radikalheilung des totalen Gebärmutter-Scheidenvorfalls mittels Totalexstirpation und Scheidenresektion nach Fritsch.

K. beschreibt 9 Fälle von dauernd geheiltem Totalprolaps nach dem angegebenen Fritsch'schen Verfahren. Er operierte in der alten typischen Weise mit Schlauchkompression der Prolapsbasis und Fixation der seitlichen Scheidenkuppel beiderseits an die Adnex- bezw. Ligamentstümpfe. Die Ovarien blieben stets erhalten. Trotzdem er keine Scheiden-Dammplastik anfügte, sind alle Operierten dauernd gesund und arbeitsfähig geblieben. Das neue Verfahren der vaginalen Uterusfixation nach Freund-Wertheim-Fritsch kommt nur bei einer gewissen Größe des Uterus und mäßiger Rektokele in Betracht.

4) Wilke (Hannover). Amenorrhoe infolge spontaner Kontinuitätstrennung des Corpus uteri von der Cervix, kombiniert mit spontaner Amputation eines Dermoids durch Stieltorsion.

Der Fall wurde der Anamnese entsprechend für eine angeborene Uterusatresie gehalten. Die Laparotomie ergab die im Titel erwähnten, erst durch die pathologisch-anatomische Untersuchung geklärten Verhältnisse. Trotz Eröffnung des Rektums und Tamponade des Wundgebietes war der primäre und spätere Verlauf durchaus gut. W. glaubt, daß erst die Stieltorsion zu der Amputation des Dermoids, die allgemeine Fixation des retroflektierten Uterus später bei der Wachstumsstreckung des Organs zur Spontanlösung an der dünnen Korpus-Cervixgrenze geführt habe, da die Portio und der Fundus fixiert waren.

5) Witthauer (Halle a/S.). Über Neuralgia mammae.

W. glaubt eine Neuralgia mammae annehmen zu müssen, wenn Schmerzen ohne Entzündung (!) mit typischen Druckpunkten (event. mit Neuromknötchen) namentlich einseitig in der Brustdrüse entstehen und eine Tumorbildung sicher

auszuschließen ist. Das Leiden findet sich bei strotzender Brust in der Pubertät, bei hängender, hypertrophierter Drüse reifer Frauen, schließlich auch bei atrophischen, fettarmen Personen. Traumen, Anämie, Hysterie, Menstruationsanomalien, schließlich Onanie können als ätiologisch wichtig in Betracht kommen. Therapeutisch bewährte sich am besten das Hochbinden der Brüste mit Kompressionsverband, ferner auch Prießnitz-Umschläge, subkutane Antipyrin- und Heroininjektionen in der Gegend der Druckpunkte, schließlich die Anwendung des galvanischen und faradischen Stromes. In hartnäckigen Fällen ist ein Wechseln der Therapie ratsam. Auch Rezidive sind bei gehöriger Ausdauer heilbar.

6) Menzel (Görlitz). Kasuistische Mitteilungen.

Im Anschluß an interessante Fälle der eigenen Praxis bespricht M. kurz und prägnant seine und die aus der Literatur gesammelten Erfahrungen über die mit den Beckenorganen in Zusammenhang stehenden Bauchdeckenfisteln, ferner über geborstene Bauchnarbenbrüche nach jahrelangem Wohlbefinden, über instrumentelle Perforationen des Uterus, endlich über die Formen der Chorea gravidarum und deren Behandlung. Alle 4 Abschnitte sind sehr lesenswert, eignen sich aber wenig zum ausführlichen Referat.

7) H. Biermer (Breslau). Corpus alienum in utero. Ein Beitrag zu »Neue antikonzeptionelle Mittel«.

B. verurteilt auf das schärfste das antikonzeptionelle Intra-uterin-Pessar nach Dr. Hollweg, welches noch 1901 (!) von der »Ärztlichen Rundschau« als glänzend bewährtes Schutzmittel empfohlen wurde. Urteile von Olshausen, Fehling und von Kollegen in Magdeburg werden mitgeteilt. Eine Abbildung veranschaulicht das Instrument und seine Gefährlichkeit, welche auch durch Krankheitsfälle erläutert wird.

8) Weinhold (Breslau). Hartglaspessare.

W. bemühte sich seit Jahren, ein sauberes Pessarmaterial zu entdecken, welches nicht wie bisher bei den Celluloidringen imbibiert und undurchsichtig, oder wie bei den Hartgummipessaren rauh und inkrustiert wird. Nach einer Anregung von Ernst Fränkel verfertigte W. sich durchsichtige, wasserhelle Hartglaspessare, welche jetzt von H. Härtel, Breslau, fabrikmäßig in jeder Form hergestellt werden. Sie bleiben stets glatt und reinigungsfähig und stellen sich dadurch selbst für poliklinische Zwecke billiger als die anderen Pessare, welche oft erneuert werden müssen.

9) Tannen (Hannover). Gynäkologisch-geburtshilfliche Mitteilungen.

Der Verf. bringt eine interessante Übersicht der während seiner Praxis gesammelten, seltenen Fälle, die in Gruppen geordnet besprochen werden. Manche lesenswerte Schlußfolgerung wird in die Sammelepikrisen eingeschlossen. Ich erwähne besonders das Kapitel über Extra-uterin-Gravidität und Ileus nach Operationen. Wenig zum Referat geeignet.

10) Middeldorpf (Hirschberg). Beitrag zur Statistik der Prolapsoperationen.

Der Aufsatz enthält die reichen Erfahrungen des Verf.s über Plastiken bei Dammrissen, Scheidensenkungen und Vorfällen mit und ohne Lageveränderung des Uterus unter Benutzung nur des gut beobachteten Materials. 98 Fälle werden in extenso mitgeteilt. Die Zahlen sind daher relativ klein, aber wegen der absolut genauen Mitteilung auch der schlechten Resultate wertvoll. Neben der Fritsch'schen Kolpoperineoplastik und der Totalexstirpation des Uterus machte er 14mal die Ventrofixatio uteri mit nachfolgender vaginaler Plastik. Die Erfahrungen mit der Ventrofixation waren schlecht. Sie erwies sich als völlig unzureichend, das Prolapsrezidiv zu verhindern. Im übrigen sind von den 98 Fällen 77,7% gut, 12,1% mittelmäßig geheilt und 10,2% rezidiv geworden. Die Gravidität post operationem hat ihm im allgemeinen die Dauerresultate nicht verschlechtert. (Der durchweg sympathisch geschriebene Aufsatz enthält noch manches Lesenswerte, welches hier nicht Platz finden konnte.)

11) F. Engelmann (Hamburg). Ein Beitrag zur Lehre von der Hämatommole.

Ein besonders typischer Fall von Hämatommole, welche mit dem Uterus zur Untersuchung vorlag. Das Mißverhältnis zwischen der Größe des Fötus und des Fruchtsackes (bedingt durch aktives Weiterwachsen des letzteren nach dem Fruchttod), das Vorhandensein der eigenartigen tuberösen, subchorialen Hämatome auf der Eiinnenfläche und der klinische Verlauf (Missed abortion) berechtigen die Sonderstellung dieser Abortform. Gegenüber Neumann betont E. das Mißverhältnis zwischen Größe der Frucht und der Ausdehnung des Eisackes als typisch. Entgegen Gottschalk nimmt er mit v. Franqué und R. Meyer an, daß die Placentarzotten bei dieser Abortform Gefäße besitzen, daß letztere aber nach dem Fruchttod allmählich obliterieren. Die Decidua serotina seines Falles bot keine endometritischen Veränderungen. Als ätiologische Faktoren der Hämatommole nimmt Gottschalk eine Insuffizienz der primären Herzanlage an, Davidsohn glaubt dagegen, daß diese Molen aus einem primären Hydramnion hervorgehen. Beide Ansichten sind noch Hypothesen!«

12) W. Stoeckel (Bonn). Über die cystische Degeneration der Ovarien bei Blasenmole, zugleich ein Beitrag zur Histogenese der Luteïnzellen.

Vielleicht wird die Blasenmole verursacht durch krankhafte Veränderung (und Sekretion) der Ovarien. S. entfernte in einem Falle von Blasenmole den Uterus mit den anhängenden Ovarialtumoren, weil letztere durch Verlegung des Beckens die abortive Ausräumung unmöglich machten. Der Verlauf war gut. Nach den ähnlichen Erfahrungen anderer Beobachter (Kreutzmann, Pfannenstiel) rät S. bei Blasenmole und Chorionepitheliom stets auf Ovarialtumoren zu fahnden bezw. begleitende Geschwülste aufs Ovarium zu beziehen. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand S. die Ovarien durchsetzt von Corpus luteum-Cysten verschiedensten Alters, untermischt mit atretisch gedehnten Follikeln und cystisch dilatierten Lymph- sowie Bluträumen. Die Corpus luteum-Cysten zeigten übereinstimmend eine ödematöse Aufquellung der Theca externa, eine Ähnlichkeit im Bau der nur durch Größe und Tinktionsintensität zu unterscheidenden Zellen in der Theca externa und der Luteïnschicht, eine wechselnd dicke Innenauskleidung der Luteïnschicht mit Fibrin und Bindegewebe, endlich in einer Cyste einen Rest des degenerierenden Granulosaepithels, dicht auf der Luteïnzellenschicht aufliegend. Dieser Epithelbefund erinnert an die Beobachtungen von Orthmann und L. Fränkel. Eigenartig ist aber die Verbreiterung der Luteïnschicht und ihre unregelmäßige Begrenzung nach dem umgebenden Bindegewebe. An allen Stellen, wo von letzterem aus Gefäßpfeiler ins Corpus luteum eindringen, werden im Bereich der Gefäßmantelzone Züge von Luteïnzellen abgesprengt, gleich als ob sie aktiv ins Stroma vordrängen. Alle diese Momente und die Ähnlichkeit der Luteïn- mit den Bindegewebszellen an der Übergangszone machen es nach S. wahrscheinlich, daß die Luteïnzellen aus den Bindegewebselementen der Theca interna hervorgehen. Im Gegensatz zu Neumann, Poten u. a. betont S. die Gutartigkeit dieser Bildungen. Charakteristisch bleibt die Ausstreuung der Luteïnzellen über das ganze Ovarium bei normaler Follikelreifung für das Entstehen der Blasenmole. Begünstigt wird die seltsame Wachstumsrichtung der Luteïnzellen durch das begleitende Ödem des Stroma ovarii.

13) Scheunemann (Stettin). Beitrag zur Frage über die Komplikation von Uterusmyom und Diabetes.

S. berichtet über 2 relativ gutartig verlaufende Fälle von Myoma uteri mit begleitender Melliturie, welch letztere sich erst nach dem Entstehen der Tumoren im Klimakterium einfand und bei dem Schrumpfen der Myome zurückging. Die Ursache des Diabetes vermag er nicht in einer Lähmung der Lebervasomotoren, auch nicht in einer Kompression und Schädigung des Plexus solaris und des Pankreas zu sehen. Vielmehr glaubt er, praktisch müsse man das Myom als Ursache der Melliturie ansehen und ohne Rücksicht auf letztere den Tumor beseitigen.

14) Heydrich (Liegnitz). Ein neuer vaginaler Punktionsapparat.

Betrifft einen zwar kompliziert gebauten Apparat zur Punktion kleiner, beweglicher Tumoren von der Vagina aus; am besten im Original nachzulesen!

15) H. Schröder (Bonn). Weitere Untersuchungen über das Verhalten des Blutdrucks und Gefrierpunktsbestimmungen in der Schwangerschaft unter normalen und pathologischen Verhältnissen.

Die mühevollen Untersuchungen S.'s sind geeignet, die Widersprüche zwischen den Resultaten Volhard's, Ludwig's und Savor's, sowie Schumacher's auf gleichem Gebiet zu erklären und auf einen einheitlichen Gesichtspunkt zu beziehen. Gleich den anderen Beobachtern fand S., daß Blutdruckbestimmungen in der Gravidität, und besonders für das Erkennen drohender Eklampsie, praktisch wertlos sind. Die Druckverhältnisse sind variabel und ermöglichen uns beispielsweise nicht mal einen Eklampsieanfall oder dessen Ende vorherzusagen. Wichtiger ist die Funktionsprüfung der Niere nach dem modernen Verfahren von Korányi. Nicht der Eiweißgehalt, auch nicht das spec. Gewicht, sondern allein die molekulare Konzentration des Harns, kenntlich durch die Gefrierpunktserniedrigung, gibt Aufschluß über die event. Retention fötaler Stoffwechselschlacken. In der Tat fand S. in dem Harn Schwangerer (in 74,1% aller Fälle) eine geringe, molekulare Konzentration, bei Eklampsie sogar eine auffallend geringe Gefrierpunktserniedrigung, im Blut dagegen eine gesteigerte molekulare Konzentration. Dem entspricht Zangemeister's Nachweis von Ammoniakretention während der Eklampsie. Vielleicht gibt nach weiteren, im gleichen Sinne entscheidenden Erfahrungen eine etwaige minimale Molekularkonzentration des Harns die Indikation zur Frühgeburt ab, um die drohende Eklampsie abzuwenden.

16) Courant (Breslau). Zur anatomischen Geschichte und physiologischen Bedeutung der Bartholin'schen (Cowper'schen) Drüse.

Der interessante Aufsatz C.'s, welcher am Breslauer physiologischen Institut vergleichend anatomische Untersuchungen über die fraglichen Drüsen bei den Säugetieren und speciell beim Menschen gemacht hat, enthält alles, was bisher über Entwicklung, Bau, Funktion und Bedeutung der Bartholin'schen Drüse festgestellt ist. Sie entspricht der Cowper'schen Glandula bulbourethralis des Mannes, entwickelt sich aber beim Weibe stärker und frühzeitiger. Histologisch erweist sie sich als zusammengesetzte tubulöse Schleimdrüse (Szymonowicz). Es ist wahrscheinlich, daß sie nicht nur als Schmierapparat die Kopulation erleichtern soll, sondern auch nach Klein als Riechdrüse in Zusammenhang mit dem Sexualleben steht.

17) Courant (Breslau). Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten des runden Mutterbandes (Kystoma lymphangiectaticum haemorrhagicum).

Gut beobachteter, genau beschriebener Tumor des Lig. rotundum, der als retortenförmige Verdickung etwas exzentrisch im ausstrahlenden Ende des rechten, runden Mutterbandes saß und das Symptom des An- und Abschwellens vor und während der Menstruation besonders ausgeprägt darbot. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich die Geschwulst als gemischtes Haem-Lymphangioma cysticum fibrosum. (Der Name Kystoma ist nach Meinung des Ref. besser auf Geschwulstderivate der Epithelien zu beschränken.)

18) Selmar Dietrich (Köln). Physiologische Nahrungsmengen reiner Brustkinder.

D. tritt für die ausschließliche Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust ein auch in Fällen, wo man anfangs mit subnormalen Quanten arbeitet. Genaue Wägungen ermöglichen vom 4. Tage an nach jeder Anlegung die Bestimmung des aufgenommenen Milchquantums sowie der wöchentlichen Gewichtszunahme. Nach seiner Erfahrung wird der Säugling auch an der Mutterbrust häufiger über- als unterernährt. Genaue Tabellen ermöglichen den Nachweis, daß eine tägliche Nahrungsaufnahme von 150 bis 160 g Muttermilch pro Kilogramm Körpergewicht die beste Ausnutzung garantiert. Zwischen der 3. und 4. Woche steigt die Aufnahme

pro Kilogramm Körpergewicht auf 175 g Milch, um gegen die 30. Woche auf 100 bis 120 g zu fallen.

19) Reifferscheid (Bonn). Über Geburten bei engem Becken.

R. stellt 234 Geburten bei engem Becken aus dem Material der Bonner Frauenklinik zusammen, welche in der Zeit vom 1. April 1897 bis Oktober 1901 unter 2480 Geburten zur Beobachtung kamen. Bei 150 von diesen 234 Frauen konnten die genauen, inneren Maße genommen werden. R. teilt die Fälle in platte und allgemein verengte Becken I., II. und III. Grades und bespricht in jeder Unterrubrik die Fälle mit ungenauer Messung besonders. Alle Momente der Geburt und des Wochenbettes in ihrer Wichtigkeit für Mutter und Kind werden gebührend hervorgehoben. Von den Zusammenstellungen am Schluß der mühevollen Arbeit, welche alle wesentlichen Ergebnisse in leicht übersichtlichen Tabellen zur Anschauung bringt, möchte ich nur folgendes hervorheben:

Von 234 Geburten verliefen spontan 148 = 63,25%, darunter
von 141 Geburten bei Iparae spontan 97 = 68,8%
von 93 Geburten bei Pluriparae spontan 51 = 54,88%.

Straffere Bauchdecken, besserer Wehenerfolg und kleinere Kindsmaße erklären die günstigeren Verhältnisse bei den Erstgebärenden.

Die Mortalität der Kinder betrug im allgemeinen 11,06%, bei den 148 Spontangeburten nur 2%, bei den operativ beendeten Fällen dagegen für Erstgebärende 37,78%, für Mehrgebärende nur 14,29%. Dies erklärt sich aus dem wohl allgemein geteilten Bestreben, bei Erstgebärenden alles den natürlichen Austreibungskräften zu überlassen. Die Kunsthilfe greift erst nach langem Abwarten im höchsten Nothfalle ein und gefährdet daher eher das Kind.

Von den Mitteln der Kunsthilfe kamen in Betracht: 11mal die Beckenausgangszange, 6mal die hohe Zange (2mal mit Impression des Kopfes in Walcher-scher Hängelage); 1mal wurde die Symphyseotomie gemacht, 13mal die prophylaktische Wendung, 15mal die Perforation; 16mal wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, 13mal der Kaiserschnitt gemacht (alle 13 Kinder leben).

20) Asch (Breslau). Über plastische Operationen.

A. entwickelt in diesem Aufsatze seine Ansichten über die operative Behandlung bei Dammrissen und bei Prolaps und Lageveränderung des Uterus und der Scheide: »Der Gynäkologe soll nicht nur (rasch) operieren, sondern heilen!« »Nicht die große Anfrischung ist z. B. bei Dammrissen das Wichtigste, sondern das Auslösen der Narben und Herstellen der physiologischen Verhältnisse!« »Eine Lagekorrektion des Uterus ohne Berücksichtigung der Scheide ist nur halbes Werk!« »Die Portioamputation muß vermieden und ersetzt werden durch die Emmet-Sänger'sche Rißplastik!« »Die Lagekorrektion des Uterus soll an den Ligamenten und nicht am Korpus anfassen!« »Daher ist die Alexander-Adam-sche Operation ohne Eröffnung des Leistenkanals das Idealverfahren!« Im übrigen strebt A. mit kleinen Schnitten auszukommen und die Narbenheilung zu verbessern. Er näht mit gutem Erfolge subkutan mit versenkten Silkwormgutligaturen.

21) Pletzer (Bonn). Über Porro-Kaiserschnitt mit Erhaltung der Eierstöcke.

Allgemein herrscht das Bestreben bei den Gynäkologen, bei eingreifenden Operationen an den inneren Genitalien durch Zurücklassung funktionsfähiger Ovarien die lästigen Ausfallserscheinungen zu vermeiden. Daher verlangt Zweifel, »wie bekannt«, bei Myomresektion einen Uterusstumpf mit möglichst viel Korpusschleimhaut zur Garantie für die Ovarienfunktion zurückzulassen. Eben so ist es nach P. ratsam, den Porro zu modifizieren und durch Erhaltung der Eierstöcke neben dem ansehnlichen Uterusstumpf die Pat. vor Ausfallserscheinungen zu bewahren. Eine Kontraindikation ergäbe nur gleichzeitig bestehende Osteomalakie (außer Tumoren!).

23) Pfannenstiel (Gießen). Eine neue plastische Operation bei umfangreichen Atresien der Scheide.

Ausgehend von der Erfahrung, daß es bei größeren Scheidenatresien von der Vagina aus oft nicht gelingt, einen dauernden Durchgang nach dem Uterus zu

schaffen, hat P. mit Glück ein neues Verfahren erprobt, welches mit Sicherheit eine konservative Heilung ermöglicht, falls überhaupt ein Cavum uteri vorhanden ist. Mißlingt der vaginale Versuch, so wird vom Abdomen aus der Uteruskörper auf seiner Höhe eröffnet, vom eingedickten Blutinhalt gereinigt und mit einer starken Sonde nach unten in die entgegengespannte Vagina durchstoßen. Ein Fadenzügel wird durch die Perforationsstelle gezogen und in die Vagina geleitet. Diese Ligatur ermöglicht nach Verschluß des Korpus und der Laparotomiewunde das Auffinden der Cervixmündung von der Vagina her. Der obere Scheidenrand wird nun an die erweiterte Perforationsöffnung durch gut adaptierte Knopfnähte ringsum angesäumt. Selbst die kürzeste Vaginalmanschette dehnt sich in kurzer Zeit zu einer etwa fingerlangen Vagina. Beim gänzlichen Fehlen der Scheide will P. nach dem Sinus urogenitalis durchstoßen, die kleinen Labien entfalten und als Vaginalrohr einstülpen. Fehlt Uteruskörper oder jegliches Cavum, so bleibt bei der Laparotomie, welche alle Verhältnisse klärt, noch die Entscheidungsmöglichkeit, durch die Totalexstirpation des rudimentären Genitalschlauches oder durch die Kastration die menstruellen Beschwerden dauernd zu beseitigen.

Kroemer (Gießen).

Verschiedenes.

8) **Möglich** (Würzburg). Beiträge zur Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomien.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1901.

Verf. berichtet über 31 Operationsgeschichten mit Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomie. Die Zahl der Todesfälle beträgt 9, davon 8 kurz nach der Operation; 7mal bildete Peritonitis die Todesursache. 16mal wurde mit steriler Gaze drainiert, 12mal mit Glasdrain, nur 2mal beides kombiniert. Einzelheiten siehe im Original. Die Schlußsätze sind folgende:

1) Die Entscheidung, ob drainiert werden soll oder nicht, ist nicht abhängig zu machen von dem Ergebnis einer mikroskopischen Untersuchung des vorher durch Probepunktion oder während der Operation selbst gewonnenen Eiters, denn die mikroskopische und gelegentlich sogar die kulturelle Untersuchung gibt unsichere Resultate.

2) Es wird mit Erfolg drainiert:
   a. wenn Eiter in größeren Mengen in die Bauchhöhle geflossen ist;
   b. wenn große Wundhöhlen mit zerfetzten Wandungen zurückbleiben mußten;
   c. wenn Darmläsionen vorhanden sind, selbst nach sorgfältigster Übernähung derselben;
   d. wenn Teile der Geschwulstwandungen so fest verwachsen sind, namentlich mit dem Darm, daß sie zurückgelassen werden müssen;
   e. wenn sich Eitersäcke wegen zu inniger Verwachsungen nicht auslösen lassen, eingenäht und inzidiert werden. **Bruno Bosse** (Chemnitz).

9) **M. Lipscher** (Budapest). Dermoidcyste auf dem Omentum majus.

(Orvosi Hetilap 1901. Nr. 15.)

Verf. berichtet über eine Dermoidcyste bei einer 45jährigen Xpara, deren Ausgangspunkt das Omentum majus war und die bis zur Operation für eine Wandermilz gehalten worden war. Die Geschwulst entwickelte sich vom großen Netz ganz frei in das kleine Becken, ohne jede Verwachsung. Die Exstirpation erfolgte nach mehrfachen Unterbindungen des großen Netzes. Glatte Heilung.

Temesváry (Budapest).

10) **Kleinwächter.** Garrulitas vulvae.

(Heilkunde 1902. Juni.)

Unter Garrulitas vulvae versteht man das unwillkürliche Abgehen von Gasen aus der Vagina. Nach Schatz gelangt durch einen negativen Druck in der

Bauchhöhle Luft in die Scheide, Löhlein machte darauf aufmerksam, daß dabei der Introitus vaginae erschlafft sein müsse. Veit meinte, die Gasbildung rühre von einem Mikroorganismus her. K. behandelte eine Frau, die angab, daß sie seit einem Puerperium an laut hörbaren Gasabgängen aus der Vagina leide und zwar dann, wenn sie sich aus der Seitenlage rasch emporrichtet. Von der Wahrheit der Angaben konnte man sich leicht überzeugen. Die Frau war gut genährt, aber anämisch, hatte einen leichten Cervikalkatarrh, aber ohne schaumiges Sekret, das Veit als Beweis für die Richtigkeit seiner Hypothese finden will. Eine Ruptur am Scheideneingang bestand nicht, wohl aber klaffte die Vagina etwas. Nach Verordnung von Roborantien und Alaunspülungen wurde die Garrulitas behoben.

In einem 2. Falle fand er Garrulitas, die aber davon herrührte, daß eine Dünndarmfistel nach Totalexstirpation mit nachfolgendem Exsudat im Vaginaltrichter entstanden war, aus der sich zuweilen Darminhalt und Gase entleerten.

Witthauer (Halle a/S.).

11) **Frankl** (Wien). Dionin in der gynäkologischen Praxis.

(Therapeutische Monatshefte 1902. Juni.)

Das Dionin wirkt günstig in Fällen von Dysmenorrhoe; wo eine Untersuchung nicht gestattet wird, ist es symptomatisch sehr wertvoll, besonders bei Virgines, und wird entweder in Tabletten zu 0,03 oder in Suppositorien zu 0,04 gegeben. Ein weiteres sehr wichtiges Gebiet für seine Anwendung sind die entzündlichen Veränderungen der Adnexe. Eminent schmerzstillend wirken hier Kugeln von Dionin 0,03, Ammon. sulfo-ichthyol. 0,2, Butyr. Cacao 2,9, welche, wenn der Fluor dies nicht widerrät, im hinteren Scheidengewölbe mit einem trockenen Tampon festgehalten werden. Die Resorption von Beckenexsudaten wurde hierdurch in hohem Maße befördert. — In einem Falle von Abszeß der Mastdarmwand waren zur Schmerzstillung Zäpfchen aus Dionin 0,03, Dermatol 0,3, Butyr. Cacao 2,0 von gutem Erfolg. **Witthauer** (Halle a/S.).

12) **M. Lipscher** (Budapest). Drei durch Kastration geheilte Fälle schwerer Osteomalakie.

(Orvosi hetilap 1901. Nr. 50.)

Alle 3 Fälle betreffen Multiparae, bei denen in kürzeren oder längeren Zeiträumen nach der letzten Geburt derartige schmerzhafte Erscheinungen zutage traten, daß sie das Bett nicht mehr verlassen konnten. Der Erfolg, welcher sich in allen 3 Fällen schon einige Tage nach der ausgeführten Kastration in einer wesentlichen, von Woche zu Woche zunehmenden Besserung zeigte, ließ nichts zu wünschen übrig. Das Becken wies bei allen 3 Frauen die üblichen Deformitäten auf. Die Wirbelsäule war stark gebogen, der Brustkorb in das große Becken hineingedrängt. Die Extremitäten hatten keine auffallenden Abweichungen. Die eine Frau stammte aus dem Györer (Raaber), die beiden anderen aus dem Heveser Komitat. **Temesváry** (Budapest).

13) **E. Holländer** (Berlin). Osteomalakie bei einer Nullipara geheilt durch Kastration.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 14.)

36jährige Dame litt seit 10 Jahren an angeblich rheumatischen Beschwerden mit erschwerter Fortbewegung. Weder mehrjähriger Kurgebrauch in Wiesbaden noch elektrische Behandlung bewirkten eine Besserung. Im Gegenteil. Die Schmerzen etc. in den Beinen sowie im Unterkörper griffen auch auf Brustkorb und Arme über. Auch der Gebrauch der Beine wurde zunehmend behindert. An Körpergröße nahm Pat. ab. Untersuchung ergab typische Osteomalakie. Innere Medikation und orthopädische Behandlung war erfolglos. Deswegen Kastration. Nach derselben sofortiges Verschwinden der Schmerzen. 14 Tage später erste Gehversuche. $1/2$ Jahr p. op. kann Pat. kilometerweit ohne Beschwerden gehen.

Graefe (Halle a/S.).

14) P. C. T. van der Hoeven (Amsterdam). Die Schleimhaut der Gebärmutter.

(Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde 1902. Nr. 13.)

Die Arbeit stützt sich auf die Untersuchung des Materials von 381 Auskratzungen, die in den letzten Jahren in der Amsterdamer Klinik gemacht wurden. Verf. versucht, in dieser Arbeit den Zusammenhang, der in vielen Fällen zwischen glandulärer Hyperplasie und Abort besteht, deutlich zu machen.

Die Beschauung der Präparate nach Abort lehrt Verf., daß Deciduazellen oft lange erhalten bleiben, auch wenn das oberflächliche Epithel ganz gut regeneriert ist. Die Ursache davon ist zu suchen im Zurückbleiben von fötalen Elementen (Syncytium). Im allgemeinen haben die fötalen Elemente Neigung zur malignen, d. h. unregelmäßigen Wucherung, und infolge davon findet man oft syncytiale Elemente bis in die Muskularis.

Verf. meint, daß die lebenden Zellen ein unbegrenztes Proliferationsvermögen haben, das von hemmenden Momenten so beeinflußt wird, daß die Zellen normalerweise in bekannten und als normal angesehenen Bahnen bleiben. Unter Umständen werden diese hemmenden Momente unwirksam oder heben reizende Momente auf, woraus die verschiedenen Zellproliferationsformen resultieren, die jede ihre spezielle Ursache haben.

Bei der glandulären Hyperplasie macht Verf. Unterschied zwischen 4 Unterarten:

1) Einfache Verlängerung der Epithelröhren, kombiniert mit Stromavermehrung. Klinische Ursache ist hier in 40% Klimakterium.

2) Die Epithelwucherung überwiegt über die Stromawucherung, wodurch die Röhren korkzieherähnlich werden. Ursache in 39% der Fälle Klimakterium, weiter Retroflexio etc.

3) Die Epithelwucherung ist noch stärker, meist lokal, mit papillären und glandulären Exkreszenzen. Als Ursache dieser Form findet man in 80% der Fälle Gravidität.

4) Die letzte Gruppe umfaßt die klinisch maligne Form, in welcher histologisch das Epithel wuchert in Geweben, wo es normal nicht zu finden ist.

Von den klinisch gutartigen Formen entfallen auf die erste Gruppe 24%, die zweite 45%, die dritte 31% der Fälle.

Die cystöse Erweiterung der Epithelröhren ist als aktive Wucherung, nicht als passive Dilatation aufzufassen. **Scholten** (Leiden).

15) Riedel (Jena). Die Hernia retrofascialis et muscularis der vorderen Bauchwand.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXVI.)

Diese subfascialen Hernien machen große diagnostische Schwierigkeiten gegenüber dem Ulcus ventriculi und sind selbst bei der Operation schwer aufzufinden. So beobachtete Verf. bei einer Pat. zuerst vorwiegend Magenbeschwerden und ausstrahlende Schmerzen, aber allmählich lokalisierten sich die Schmerzen oberhalb des Nabels und man fühlte schließlich 2 Finger breit oberhalb des Nabels eine minimale, aber sehr druckempfindliche Prominenz. Bei der Operation fanden sich erst nach langem Suchen zwei kleine Spalten in der Fascie, unter ihnen ein taubeneigroßes Lipom, das sich zwischen Fascie und Peritoneum entwickelt hatte. Das Lipom enthielt endlich einen 2—3 cm langen Bruchsack. Nach seiner Entfernung erfolgte Heilung der Beschwerden. 3 Jahre später traten nach einer heftigen körperlichen Anstrengung wiederum große Beschwerden auf; diesmal fand man nur einen ganz feinen Spalt in der Fascie ohne Bruchsack, dessen Vernähung dauernde Heilung brachte.

Im 2. Falle bestand nur eine Druckempfindlichkeit links vom Nabel. Auch hier fand sich ein kleines Lipom des Peritoneum, weiter abwärts ein kleiner Bruchsack in der hinteren Scheide des M. rectus. Die Exstirpation dieser Gebilde brachte Genesung.

Bei einer 3., schwer leidenden Pat. dachte man an eine Wanderniere. Erst bei dem zweiten operativen Eingriff entdeckte man eine doppelthühnereigroße, von Peritoneum überzogene Cyste im lateralen Teile der Bauchwand. Da die Cystenwand typisches Peritonealepithel aufwies, erklärt Verf. sie für eine obliterierte Ausspülung des Peritoneum. Bemerkenswert waren auch in diesem Falle die hochgradigen Beschwerden, die für eine lebhafte Empfindlichkeit des vorderen Peritoneum parietale sprachen. **Calmann** (Hamburg).

16) **Riedel** (Jena). Über die linksseitige Schenkelvenenthrombose nach der Laparotomie.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXVI.)

Verf. hat Thrombose der linken Schenkelvene 4mal nach operierter und 1mal nach nichtoperierter Appendicitis, 1mal nach Entfernung eines rechts im Bauche gelegenen, um seine Achse gedrehten Netztumors, 1mal nach Exstirpation einer Nabelhernie und 1mal nach Operation eines Schenkelbruches beobachtet. Rechts trat die Erkrankung 2mal, und zwar beide Male nach rechtsseitiger Nierenfixation auf. 1mal nur entwickelte sich die Erkrankung sofort im Anschluß an die Operation, und zwar rechts. Sonst vergingen immer mehrere Wochen bis zur Venenerkrankung. Meistens handelte es sich um aseptische Operationen. Verf. sieht als Ursache die Horizontallage der Kranken an. Die merkwürdige Bevorzugung der linken Vene erklärt er mit der anatomischen Lage derselben. Sie ist nämlich viel mehr dem Druck des von ihr begleiteten Arteriensystems ausgesetzt als die rechte Vene; sie unterliegt einem dreifachen, rechtwinklig erfolgenden Arteriendruck (Art. iliaca dextra, Art. sacralis media und Art. hypogastrica sinistra). Die rechte Vene dagegen ist nur dem einfachen und spitzwinklig wirkenden Druck der Art. iliaca dextra unterworfen.

Die bekannte Vorbeugungsmaßregel, das Fußende zu erhöhen, ist nicht in allen Fällen von Erfolg begleitet. **Calmann** (Hamburg).

17) **Riedel** (Jena). Die Abreißung des Lig. teres vom Nabel.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXVI.)

Die 30jährige Pat. litt an hochgradigen Beschwerden, die an Hernia lineae albae retrofascialis denken ließen. Man fand bei der Operation oberhalb des Nabels einen von Fett umgebenen derben Strang in der Fascie, der sich hernienartig vorwölbte. Dieser Strang war das Lig. teres, das blind und lose in der erwähnten Fettschicht endete. Außerdem fand sich hinter der Fascia lineae albae eine zweite Fascie, welche am Nabel mit vorderer Fascie zusammenhing und 3 cm höher in leicht konkavem Bogen mit narbigem Rande endigte.

Verf. erklärt diesen Befund folgendermaßen:

Infolge eines Keuchhustens war bei dem damals 3 Wochen alten Kinde das Lig. teres vom Nabel abgerissen mit einem Teil der Bauchdeckenfascie, die sich in zwei Blätter teilte. Das Ligament rutschte nach oben und suchte sich mit seinem Stumpfende einen Ansatzpunkt im subserösen Fettgewebe.

Calmann (Hamburg).

18) **Frazier** und **Holloway** (Pennsylvania). Eine Studie über die postoperativen Veränderungen des Blutes.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1901. Dezember.)

Immer mehr tritt auch in chirurgischen Fragen der Wert klinischer Beobachtung zu Tage. Die Bedeutung des Blutbefundes für die Prognose und event. therapeutisches Eingreifen bei Nachbehandlung Operierter wird für so wichtig erachtet, daß die Untersuchung des Blutes von vielen Seiten als so selbstverständlich wie die des Urins erachtet wird. Die Bestimmung des Hämoglobingehaltes, der Leukocytenanzahl in der postoperativen Periode kann auch nur dann einen praktischen Wert haben, wenn sie schon beim Zugang des Pat. mit in die klinische Untersuchung regelmäßig eingeschlossen wird. Wie wichtig die Blutanalyse ist, zeigt unter anderem die Differentialdiagnose zwischen Sarkom der

Peritonealdrüsen und Darmtuberkulose. Leukocytose in solchen Fällen spricht immer für Sarkom.

Bei niederem Hämoglobingehalt des Blutes (50% und tiefer) hat sich die Darreichung der Anästhetika als sehr gefährlich erwiesen.

Die Zählung der roten Blutkörperchen hat ergeben, daß auch nach stärkerem Blutverluste unter der Operation die Restitution zur ursprünglichen Anzahl in wenig Stunden erfolgt.

Die Rückkehr der Leukocyten zum Normalen erfordert etwa $3^1/_2$ Tage; da jedoch die Abnahme der Leukocyten bei höheren Graden der Leukocytose viel vehementer einsetzt als bei geringeren Graden, so läßt sich als Regel aufstellen, daß noch am gleichen Tage der Operation die Zahl der Leukocyten dem Normalen nahe rückt. Hierin liegt ein wichtiger Anhaltspunkt für die Erkenntnis kommender Komplikationen. So ist Infektion in der Wunde oder Allgemeininfektion immer von einer Leukocytose — mehr oder weniger — begleitet; ähnlich verhält es sich bei Stauung von Sekret im Falle einer nicht genügenden Drainage.

Auch muß man wissen, daß den Opiaten, den Antipyreticis eine gewisse Vermehrung der Leukocyten zugesprochen wird, eben so starkem Erbrechen und Durchfall.

Der Umstand, daß die Leukocytose eintretenden Anomalien meist zeitlich vorausgeht, erhöht die prognostische Bedeutung des Blutbefundes.

G. Frickhinger (München).

19) **Anderson** (San Franzisco). Laparotomie. Die Behandlung vor, während und nach der Operation.

(Pacific med. journ. 1901. Dezember.)

Die Sorgfalt, welche man der anti- und postoperativen Fürsorge der Kranken, der Untersuchung, der klinischen Beobachtung, der Pflege der Kranken vor und nach der Operation zuwendet, berechtigt wohl von einer »Diätetik der operativen Behandlung« zu sprechen. Dieses Thema erfährt in der vorliegenden Arbeit eine ausführliche Besprechung bis in alle Einzelheiten. Im großen und ganzen kann ich auf das Referat über die Glasgowsche Arbeit (Zentralblatt 1902 Nr. 12 p. 320) verweisen.

Aus dem Vielen nur Einiges. Verf. rät, die Pat. schon vor der Operation an die horizontale Rückenlage zu gewöhnen, dadurch vermeide man die so lästigen Rückenschmerzen. Für die Narkose empfiehlt Verf. Sauerstoffgas durch das Chloroform durchzuleiten. Man braucht so weniger Chloroform und setzt die unangenehmen Nebenwirkungen desselben herab. Die Spinalanalgesie hält Verf. für berufen, eine Revolution in dem üblichen Usus der Narkotika hervorzurufen.

Bei heftigen Schmerzen sind die ungeeignetsten Mittel Opium und Morphium wegen der Darmerscheinungen, die sie verursachen; angezeigt ist Hyoscyamin oder Chloral. Andauerndes Erbrechen wird am besten durch theelöffelweise heißes Wasser mit event. kleinen Zusätzen von Cocain, Chloroform etc. gestillt. Ja kein Eis!

Dem Durst wird dadurch am besten vorgebeugt, daß vor Schluß der Bauchhöhle ein halbes Liter physiologische Kochsalzlösung in dieselbe eingegossen wird. Tritt derselbe trotzdem auf — vielleicht verbunden mit kleinem Puls —, dann subkutane Kochsalzinfusionen; kein Eis, kein kaltes Wasser!

Die 3 Furien der Leibhöhlenchirurgie sind Erbrechen, Tympanites und Peritonitis. Man beugt ihnen vor durch frühzeitige Anregung der Peristaltik und der Darmausleerung.

Wichtiger als Temperatur ist der Puls. Er ist das wichtigste prognostische Phänomen. **G. Frickhinger** (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

// Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 24. Januar.** **1903.**

Inhalt.

I.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.)

Über instrumentelle Dilatation der Cervix resp. des Muttermundes an der hochschwangeren oder kreißenden Gebärmutter[1].

Von

Dr. W. Zangemeister.

Die mehrfache Empfehlung des Bossi'schen[2] Instumentes hat die alte Frage der Zweckmäßigkeit oder Unzweckmäßigkeit einer gewaltsamen Erweiterung der Geburtswege zum Zwecke einer schnellen Beendigung einer Geburt wieder auf die Tagesordnung gesetzt. Aber während man früher eine derartige Eröffnung durch stumpfe Gewalt wegen der dadurch verursachten Quetschwunden und der

[1] Nach einem Vortrage in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Leipzig.

[2] Bossi, Ann. di ost. e gin. 1892. Dezember.
Bossi, Atti della soc. ital. di ost. e gin. 1896, II u. 1900.

dann zu befürchtenden Sepsis nach und nach in Deutschland fast allgemein verwarf[3], scheint man heute anderer Meinung geworden zu sein. Alte Instrumente von Mauriceau, Osiander, Ellinger, Busch etc., sind verlassen und eine Reihe neuer Instrumente, welche zum Teil keineswegs eine wesentliche Verbesserung darstellen, an ihre Stelle getreten.

Eine Zusammenstellung einer Reihe solcher — größtenteils ausländischer — Instrumente findet sich bei Raineri[4].

Hier sehen wir Dilatatorien mit 2, 3, 4, 5 oder 6 Branchen, welche letzteren teils durch Schrauben, teils durch Druck der Hand, teils durch Gummibänder auseinandergetrieben werden.

Von den neueren Modifikationen deutscher Autoren erwähne ich diejenigen von A. Müller[5], Kaiser[6], Frommer[7] und Knapp[8].

Die Dilatatorien von Kaiser und Frommer arbeiten mit 8 Branchen; dasjenige von Kaiser gleicht im übrigen außerordentlich dem vierarmigen Instrument von Lott[9].

Knapp hat die Angriffsfläche der Branchen an die Gewebe durch einen serviettenbandähnlichen Ring vergrößert. A. Müller's, wie ein Handschuherweiterer gebautes Instrument ähnelt denjenigen von Schultze, Calderini und dem noch am zweckmäßigsten konstruierten dreiarmigen Écarteur utérin von Tarnier (Ann. de l'accad. de méd. de Paris 1862 und Bonnaire, Arch. de tocol. et de gyn. 1891, Okt.—Dez.).

Die Erfahrungen, welche die verschiedenen Autoren[10] über die Anwendung, namentlich des Bossi'schen Instrumentes, mitgeteilt haben, lassen sich ungefähr dahin zusammenfassen, daß die Erweiterung des Muttermundes resp. -halses stets leicht (d. h. ohne Anwendung größerer Kraft seitens des Operateurs) vor sich geht, daß aber freilich öfters zum Teil nicht unbeträchtliche Einrisse entstehen, welche zwar nicht regelmäßig stark bluten (es handelt sich eben um zerquetschtes Gewebe), aber doch bisweilen. Leopold gibt zwar an, daß die in 3 seiner ersten 12 Fälle wahrgenommenen Collum-

---

[3] Vgl. hierzu Fehling in P. Müller's Handb. der Geb. 1889. III. p. 22.
[4] Arch. di ost. e gin. (Morisani) 1900. August.
[5] Zentralblatt für Gynäkologie 1899. p. 350 und 1902. p. 1269.
[6] Zentralblatt für Gynäkologie 1902. p. 1075.
[7] Zentralblatt für Gynäkologie 1902. p. 1272.
[8] Zentralblatt für Gynäkologie 1902. p. 1257 und Naturforscherversammlung 1902 in Karlsbad.
[9] North Carolina med. journ. 1892. Mai (s. Raineri).
[10] Beck, Prager med. Wochenschrift 1897. Nr. 13.
Knapp, Ibid. 1900. Nr. 51.
Knapp, l. c. (s. oben).
Leopold, Archiv für Gynäkologie Bd. LXVI. p. 198.
Leopold, Zentralblatt für Gynäkologie 1902. p. 489.
Rissmann, Ibid. p. 745.
Wagner, Ibid. p. 1262.
Bischoff, Ibid. p. 1265.
Langhoff, Ibid. p. 1268.

zerreißungen nur »unerheblichen Grades« gewesen seien, aber sie waren doch groß genug, um die Naht des Risses nötig zu machen. Im 3. Falle seiner 2. Serie (5 Fälle) mußte das Kind nach der Dilatation (Plac. praevia) der Blutung wegen gewendet werden.

Ich kann also seinem Schlußsatze, daß »in keinem Falle (sämtlicher 17 Fälle) eine nennenswerte Zerreißung des Muttermundes auftrat«, nicht beitreten.

Auch Kaiser beobachtete einen tiefen »alten« Riß, der »weiter zu reißen drohte«, als bei Plac. praevia dilatiert wurde. Rissmann führt 2 Fälle von Dilatation mit Bossi an, in welchen beiden ein Cervixriß erfolgte. Wagner benutzte das Instrument 3mal; bei einem Falle entstand eine starke Blutung und ein »ziemlich großer« Cervixriß; »mit großer Mühe gelang es durch Naht und Anlegen von Klemmen die Blutung zum Stehen zu bringen«. Daß der Riß, wie der Autor annimmt, lediglich erst bei Impression des Kopfes eintrat, erscheint mir zweifelhaft, jedenfalls nicht erwiesen.

Bischoff wandte das Instrument 5mal an und fand jedesmal einen Cervixriß, freilich ohne »erhebliche« Blutung.

Meine Resultate stimmen im ganzen mit den Erfahrungen der anderen Autoren überein; nur ziehe ich wesentlich andere Schlußfolgerungen aus ihnen für die Anwendbarkeit des Instrumentes als die meisten derselben.

Ich benutzte sowohl das Originalinstrument von Bossi, als das Frommer'sche; letzteres hat den Vorzug von 8 gegen 4 Branchen bei Bossi, aber den großen Nachteil, daß die Scheide mit dilatiert wird, und zwar stärker als der Muttermund und daher leicht einreißt, wie es auch bei mir der Fall war.

Im übrigen konnte ich durch sofortiges Nachtasten feststellen, daß trotz vorsichtigster, langsamer Dilatation in jedem Falle multiple Cervixeinrisse entstanden waren. Dabei war die Blutung meist nicht erheblich (aber in einem Falle doch recht stark!), so daß ohne Nachtastung die Risse wohl übersehen werden konnten. Ich habe nur einmal dilatiert, solange noch ein kleiner Rest Cervicalkanal vorhanden war, sonst nur bei verstrichener Cervix resp. Portio. Ein Fall von schwerer Eklampsie endigte letal; an dem bei der Obduktion gewonnenen Uterus konnten wir uns von der Wirkungsweise des Instrumentes überzeugen; zwei lange Cervixrisse reichten bis ans Peritoneum heran, außerdem waren noch mehrere kleine Einrisse zu erkennen. In der Scheide ein Längsriß (Frommer'sches Dilatatorium).

Bei der stets allmählich ausgeführten Dilatation war ich erstaunt, wie leicht sich die Schraube drehen ließ, auch wenn der Muttermund schon aufs äußerste gespannt war. Darin liegt aber meines Erachtens kein Vorzug des Instruments, sondern eine große Gefahr!

Man könnte mir trotz meiner Versicherung der langsamen Dilatation den Einwand machen, daß ich eben doch noch zu schnell

weiter gedreht hätte. Dem möchte ich entgegenhalten, daß man bei den durch Schraubengewalt dilatierenden Instrumenten einen Maßstab für die Schnelligkeit, mit der man dilatieren darf, nicht hat, daß man darin einfach auf die Uhr angewiesen ist. Das ist natürlich völlig ungenügend. Ein Muttermund reißt eben, auch wenn man 2 Stunden für die Erweiterung verwendet, der andere reißt nicht, auch wenn die Dilatation schnell geht. Zudem haben alle Autoren Risse entstehen sehen, und wenn dieselben vielleicht auch mit der Übung seltener werden, wie Bossi und Leopold versichern, so erscheint es mir bei der Häufigkeit der Risse unberechtigt, sich diese Übung zu erwerben; jedenfalls ist das Instrument dann nicht für den weniger beschäftigten Geburtshelfer geeignet.

Die Gefahr der Risse liegt aber keineswegs allein in der Blutung — wenngleich auch diese, besonders außerhalb der Klinik, recht verhängnisvoll werden kann! — es wird auch die Gefahr einer septischen Infektion wesentlich gesteigert, wovon man sich bei Betrachtung des zerquetschten und zerrissenen Cervixgewebes überzeugen wird.

Ich möchte dem Ausspruche Knapp's: »Bei den Inzisionen muß es, bei Bossi's Verfahren kann es bluten« entgegenhalten, daß die Infektionsgefahr einer Inzision geringer ist, als die einer Quetsch-Rißwunde, ferner daß man bei der Inzision weiß, was man durchtrennt, daß aber der durch Überdehnung entstehende Riß unberechenbare Wege einschlagen kann.

Es ist auffallend, daß in Anbetracht des hohen Prozentsatzes an erkannten Rissen das Verfahren von den meisten Autoren eine derartige Empfehlung erfährt; denn nur Rissmann und Bischoff mahnen zur Vorsicht und zu einer gewissen Einschränkung.

Ich möchte vor dem Gebrauche der durch Schraubenkraft getriebenen Dilatatorien warnen.

Die Dilatation mit intra-uterinen Ballons, eventuell unter starkem Zug, ist viel schonender und führt auch ziemlich schnell zum Ziele.

Wenn die Schnelligkeit nicht genügt oder der Kolpeurynter sich z. B. bei tiefem Kopfstand schlecht einführen läßt, dann sind meines Erachtens kleine multiple, radiäre Inzisionen in den Muttermund, oder wenn der Cervixkanal noch in größerer Ausdehnung erhalten ist, eine große sagittale Inzision durch die vordere Cervicalwand (Dührssen's vaginaler Kaiserschnitt) ein wesentlich sichererer und ungefährlicherer Eingriff. Ganz unangebracht scheint mir die Dilatation bei Plac. praevia zu sein.

Von den anderen Instrumenten scheint mir das Tarnier'sche (s. oben) noch das brauchbarste zu sein, bei welchem der Muttermund durch 3 Branchen unter dem Druck der Hand (oder starkes Gummiband) erweitert wird. Hier findet nicht eine derartige Vervielfältigung der Kraft statt und wird nicht eine solche enorme Gewalt auf die mütterlichen Gewebe ausgeübt.

II.

Zwei Fälle von Lateralschnitt des Beckens nach Gigli[1].

Von

Prof. Ernst Pestalozza,

Direktor der geburtshilfl.-gynäkolog. Klinik zu Florenz.

Meine persönliche Erfahrung mit der Symphyseotomie gestattet mir, obwohl sie nur auf 7 für Mutter und Kind glücklich verlaufene Fälle beschränkt ist, meinen Standpunkt über die Operation klarzulegen. Ich habe mich darüber in mehreren Veröffentlichungen, besonders aber in dem dem internationalen Kongresse von Amsterdam vorgelegten Berichte und in dem II. Bande des von Prof. Cuzzi begonnenen und von seinen Schülern fortgesetzten Lehrbuches geäußert und zugleich auch die Resultate einiger hierauf bezüglicher theoretischer Studien berücksichtigt.

Ich will mein Urteil hier nicht wiederholen, da es genügende Verbreitung fand und von fast allen unparteiischen Operateuren acceptiert wurde.

Wenn ich mich damals über die Symphyseotomie nicht sehr günstig äußerte, so wollte ich nicht die Operation an sich, sondern vielmehr ihren Mißbrauch verurteilen. Derselbe wurde von vielen ihrer Anhänger getrieben, indem der Eingriff als unschädlich hingestellt und die Indikationsgrenzen über Gebühr erweitert wurden.

Es läßt sich nicht leugnen, daß auf den Enthusiasmus der ersten Zeit eine Ernüchterung folgte. Man hat zugestehen müssen, daß die Symphyseotomie nicht eine so einfache Operation ist, wie man sie durchaus schildern wollte, daß sie selbst in den Händen der erfahrensten Chirurgen (Pinard) einen großen Prozentsatz von Mortalität aufweist, eine komplizierte Heilung nach sich zieht und nachträgliche Beschwerden bedingt.

Man ist weiterhin darüber im klaren, daß der Operateur über eine größere technische Geschicklichkeit verfügen muß als beim Kaiserschnitte, der ja jetzt durch die neuesten Verbesserungen in idealer Weise zu einer typischen Operation vereinfacht ist. In der Gynäkologie sind wir gewöhnt, von Überraschungen zu sprechen, die uns die Laparotomie bereitet. Der Kaiserschnitt bietet uns keine Überraschungen mehr, während deren viele unter der anscheinenden und trügerischen Einfachheit der Symphyseotomie verborgen sind. Und gerade deshalb habe ich mich, ohne die Symphyseotomie ganz aufzugeben, allmählich von der Notwendigkeit überzeugt, ihre Gren-

[1] Vortrag, gehalten in der Toscanischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Florenz.

zen einzuschränken. Dabei habe ich mir sagen müssen, daß irgend eine Modifikation, welche die Schwierigkeiten der Technik verringern und die ungünstigen Folgen, wenn auch nur zum Teil, beheben würde, mit Freuden begrüßt werden müßte.

Man begreift daher, mit welcher Genugtuung ich die Bemühung unseres Mitgliedes Dr. Gigli verfolgte, der die Operation nach dieser Richtung hin zu verbessern bestrebt war. Wie ich in unserer Maisitzung versprach, ergriff ich die erste für den Lateralschnitt geeignete Gelegenheit.

Ich bin heute in der Lage, mich auf 2 Fälle zu stützen und über die Resultate der Operation und den Eindruck, den ich dabei gewann, Bericht zu erstatten.

Bei der Auswahl der beiden Fälle habe ich mich innerhalb der Grenzen gehalten, die nach meiner Anschauung bei der temporären Erweiterung des Beckens nicht überschritten werden sollten. Es handelte sich nämlich um 2 Frauen, die bereits mehrere Geburten überstanden hatten und bei welchen die Unmöglichkeit der Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes auf natürlichem Wege festgestellt war. Bezüglich des Grades der Beckenverengerung, der für den Lateralschnitt in Betracht kommt, wird die kurze Geschichte der beiden Fälle am besten Auskunft geben.

Fall I. Palmira P., 34jährige VIIgravida. Die 1. Schwangerschaft endete mit der spontanen Frühgeburt eines toten Kindes. Die 2. mit der rechtzeitigen Geburt eines lebenden, aber sehr kleinen Kindes. Bei der 3. Geburt wurde die Zange angewendet; das Kind starb während der Extraktion. Bei der 4. Geburt wurde ein Monstrum geboren (Anencephalus), die 5. endete mit einer Kraniotomie, die 6. spontan; das Kind starb aber bald nachher.

Die Frau befand sich am Ende der 7. Schwangerschaft. Die Untersuchung ergab ein allgemein verengtes, nicht rachitisches Becken. Conj. vera 8,5—8,7 cm. Lebendes, sehr großes Kind in Schädellage. Da in der Austreibungsperiode die energischen Wehen nicht hinreichten, den über dem Becken befindlichen großen Kopf einzustellen, entschied ich mich für den lateralen Schnitt durch das Os pubis. Dr. Gigli war bei der Operation zugegen. Beim Hautschnitte entstand eine leichte Blutung, da der Schnitt zu weit nach unten und zu nahe an die Vulva geführt war. Die Durchtrennung des Knochens mit der Drahtsäge ließ sich schnell und leicht ausführen. Ohne Schwierigkeit wurde darauf durch doppelte Anlegung der Zange das Kind in O. T. D. extrahiert. Die Frau hatte nicht zuviel Blut verloren. Vereinigung der Wunde mit einfacher Naht ohne Drainage. Heilung per primam ohne Zwischenfälle; Temperatur normal. Die Nähte wurden am 7. Tage entfernt. Vollständige Vernarbung. Jetzt ist die Solidität des Beckens perfekt.

Das Kind, welches bei der Geburt 3850 g wog, gedieh bis zum 20. Tage gut. Dann bekam es plötzlich Konvulsionen, die sich mehrmals bis zu dem rasch eintretenden Tode wiederholten. Bei der Autopsie wurde nichts gefunden als ein leichter Ikterus und Ödem des Gehirns.

Fall II. Angiolina B., 38jährige IIIpara. Die 1. Geburt 1899 wurde in der Klinik mit hoher Zange beendet. Das Kind war tief asphyktisch und konnte nicht wiederbelebt werden; es wog 3800 g. Die 2. Geburt war spontan; das Kind war sehr klein.

Dieses Mal wurde die Frau am Ende der Schwangerschaft sub partu in die Klinik aufgenommen. Man wartete vergeblich auf eine spontane Beendigung der Geburt. Nach 8stündiger Wehentätigkeit während der Austreibungsperiode wurde die Applikation der Zange im Beckeneingange versucht. Nach wiederholten, ver-

gebliehen Traktionen machte ich den Lateralschnitt durch das linke Os pubis und schloß die Extraktion mit der Zange an. Es wurde ein lebendes Kind von 3800 g entwickelt. Die Blutung während der ganzen Operation war minimal. Vereinigung der Wunde mit tiefen, die fibrösen Fascien mitgreifenden Nähten. Keine Drainage. Vollständige Vernarbung.

Am 2. Tage stieg die Temperatur bis 38° C., war aber weiterhin dauernd normal. Glatte und vollständige Heilung.

Diese Resultate benötigen keines Kommentars. Zwei ziemlich schnell ohne die geringste Wundkomplikation geheilte Mütter und zwei sehr starke Kinder, von denen eins unerwarteterweies 20 Tage nach der Geburt starb, ohne daß sein Tod nach dem Ergebnis der Autopsie mit dem operativen Trauma in Verbindung gebracht werden kann.

Da ich meinen Eindruck über den Gang der Operation mitteilen will, so gebe ich zunächst unumwunden zu, daß ich bei dem 1. Falle etwas unsicher war und einige Mühe hatte, den Schlingenführer unter dem Os pubis hindurchzuführen. Ich führe das auf die für mich damals noch neue operative Technik zurück. Diese Schwierigkeit war in der Tat bei der zweiten Operation viel geringer. Ich gewann indessen auch hier den Eindruck, daß eine größere Stärke des Schlingenführers und eine geringere Biegung desselben von großem Vorteile sein würden.

Was die übrigen Momente der Operation anbetrifft, so muß ich betonen, daß der Blutverlust sowohl beim Schnitt durch die Weichteile wie bei der Durchtrennung des Knochens und bei der darauffolgenden Erweiterung des Beckens ein verhältnismäßig sehr geringer, jedenfalls sehr viel schwächerer war als bei den von mir ausgeführten Symphyseotomien.

Durch die bei der ersten Operation gewonnene Übung ermutigt, versuchte ich bei der zweiten, den Weichteilschnitt in einer weniger blutreichen Region auszuführen. Ich hielt ungefähr die schräge Linie ein, welche die äußere Grenze der großen linken Lippe markiert. Ich traf hier nur eine kleine Arterie, die von der Mittellinie nach auswärts geht und nach deren Unterbindung das Operationsfeld vollständig blutleer blieb.

Weder die mit der Drahtsäge auffallend schnell erreichte Durchtrennung des Schambeines, noch die darauffolgende Spreizung der beiden Beckenhälften verursachten eine wesentliche Blutung, so daß ich nach der Extraktion des Kindes sofort zur Wiedervereinigung durch die Naht schreiten konnte. Andere Mittel zur Blutstillung oder zur Drainage waren unnötig.

Mit der gleichen Offenheit muß ich sagen, daß die Abwicklung der Operation nicht so schnell erfolgt wie Dr. Gigli behauptet. Er sagt[2], daß es nach Durchschneidung der Weichteile genüge, den

---

[2] Gigli, Taglio lateralissato del pube. Considerasioni chliniche. Bollettino della Società Toscana di ost. e gin. 1902. Mai.

oberen Rand des Os pubis zwischen den beiden Recti bloßzulegen. Man könne alsdann hinter dem Knochen den Schlingenführer einführen und sich darauf beschränken, mit Hilfe von 2 in die Vagina eingeführten Fingern der linken Hand das Vordringen des Schlingenführers zu kontrollieren. Die Finger in der Scheide können aber nicht vollständigen Schutz gegen eventuelle Verletzung der Blase geben. Wie sehr man sich auch bemüht, die Blase mit Hilfe eines eingeführten Katheters zu verschieben, und so stark auch der Assistent sie nach rechts hinüberdrängt, so ist doch eine Kollision möglich, wenn auch wenig wahrscheinlich. Ich muß offen gestehen, daß ich fürchtete, eine Ritzung der Blasenwand beim 2. Operationsfalle verursacht zu haben, da an dem Katheter Blut haftete. Bei einer genaueren Untersuchung nach Spreizung der Beckenknochen war an der vorderen Wand der Blase keine evidente Verletzung zu finden. Die Frau entleerte aber aus dem eingelegten Verweilkatheter während des ganzen 1. Tages nach der Operation blutig gefärbten Urin. Diese Gefahr der Blasenverletzung könnte dadurch behoben werden, daß man nach Bloßlegung des oberen Knochenrandes die Zeigefinger hinter den Knochen führte, um das retropubische Gewebe frei zu legen und die Blase vom Operationsgebiete zu entfernen.

Ich wollte diesen technischen Punkt berühren, weil die Operation mir so vorzüglich erscheint, daß sie durchaus verdient, durch Beseitigung jedes noch so geringfügigen Fehlers vor Diskreditierung geschützt zu werden.

Eine Verletzung der Corpora cavernosa clitoridis erscheint mir bei der von Gigli angeratenen Technik ausgeschlossen.

Mein Urteil über den Lateralschnitt des Os pubis ist demnach ein überaus günstiges, besonders wenn man die Operation mit der klassischen Symphyseotomie vergleicht.

Der Einschnitt wird fern von den zu blutreichen Geweben ausgeführt, die Trennung des Beckengürtels erfolgt mit einem sehr einfachen Instrument sicher und schnell.

Aber Dr. Gigli legt außer auf die unmittelbaren Vorteile, die ich vollständig anerkenne, großes Gewicht auf die mittelbaren. Er hält die Heilung für eine viel einfachere und weniger umständliche als nach Symphyseotomie. Die beiden von mir operierten Fälle wurden ohne erhebliche Zwischenfälle geheilt. Bei der ersten erreichte die Temperatur niemals 38°, bei der zweiten 38° nur einmal am 2. Tage. Bei beiden trat primäre Heilung der Weichteilränder ein; ohne Zuhilfenahme der Drainage bei beiden ging die Konsolidierung des Beckens viel schneller vor sich als nach Symphyseotomie.

Auf dem Römischen Kongreß bemerkte indessen Herr Pinard, der die Promptheit und die Solidität der Knochenverbindung wohl anerkannte, daß dadurch ein Vorteil der Symphyseotomie verloren ginge, nämlich eine gewisse dauernde Erweiterung des Beckens.

Ich für meine Person gestehe, in diesem Punkte skeptisch zu sein. Die permanente Erweiterung darf keinesfalls auf Kosten einer

dürftigen Nearthrose erfolgen. Es scheint mir in der Natur der Operation selbst der Begriff einer temporären Erweiterung und einer vollkommenen Wiederherstellung der Solidität des Beckengürtels zu liegen.

Die Institution einer fibrösen Gewebsbrücke an Stelle einer festen Verwachsung der Symphyse ist ein Nachteil und kein Vorteil der Symphyseotomie.

Man begreift wohl, daß man bei einem nicht immer vermeidbaren Nachteil mit der Hoffnung sich zu trösten sucht, daß dadurch die folgenden Geburten weniger schwierig werden könnten. Es ist human, zu versuchen, auch aus den Unglücksfällen Nutzen zu ziehen. Wenn der Lateralschnitt uns aber das Mittel an die Hand gibt, sicher der unvollständigen Unterbindung vorzubeugen, so wäre ich für meinen Teil bereit, auf jeden problematischen Vorteil einer permanenten Erweiterung des Beckens zu verzichten, bei einer folgenden Geburt die Operation zu wiederholen. Von der unheilvollen Konsequenz einer verfehlten Vereinigung des Os pubis habe ich mich de visa bei mancher Gelegenheit leider überzeugen können.

Die Zeit und die weitere Beobachtung werden uns belehren, ob die rosige Prognose des Dr. Gigli bezüglich der Promptheit und der Solidität der Verknöcherung sich bewahrheiten werden.

Bei den bisher erfolgten Operationen, deren Zahl nicht mehr ganz gering ist, war es der Fall. Sollten die Resultate gleich gut bleiben, so werde ich meinerseits nicht zögern, den Lateralschnitt für einen wahren Fortschritt gegenüber der klassischen Symphyseotomie zu erklären. Er muß aber innerhalb der richtigen Grenzen und von in schwierigen geburtshilflichen Operationen gewandten Händen ausgeführt werden.

III.

(Aus der Bettinastiftung in Wien.)

Zur Kenntnis der regionären Lymphdrüsen beim Uteruskarzinom[1].

Von

E. Wertheim.

Meine Herren! Indem ich die Gelegenheit, in dieser hochangesehenen Gesellschaft das Wort zu ergreifen, freudig und dankbar begrüße, möchte ich nur wünschen, daß es mir gelingen möge, mit meinen Ausführungen Ihr Interesse einigermaßen zu erregen und festzuhalten.

Wichtig genug ist das von mir zu besprechende Thema des Gebärmutterkrebses. In den letzten Jahren ist nicht ein gynäkologischer

---

[1] Nach einem in der Berliner geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

Kongreß abgehalten worden, auf dem es nicht mehr oder minder eingehend verhandelt worden wäre, und die vielfältigen und eifrigen Diskussionen, die sich an die Vorträge knüpften, geben Zeugnis für die allseitige Anteilnahme.

Aber fürchten Sie nicht, meine Herren, daß ich hier neuerdings die operative Seite der Frage aufrollen will. Abgesehen davon, daß dieselbe erst vor wenigen Monaten in Rom gründlichst besprochen wurde, glaube ich nicht, daß sie jetzt überhaupt schon spruchreif ist. Meine Ausführungen sollen vielmehr ausschließlich der Pathologie des Uteruskarzinoms gelten und können nur indirekt für die Beurteilung unseres operativen Vorgehens Bedeutung gewinnen.

Durch die erweiterte abdominale Operation des Uteruskrebses, nach welcher Methode immer sie vorgenommen sind, ergibt sich die Möglichkeit, genauere Studien als bisher über die Pathologie des Uteruskarzinoms und speziell über die Art der Ausbreitung auf die Umgebung des Uterus vorzunehmen. Die regionären Lymphdrüsen in jenem Stadium der Erkrankung zu untersuchen, in welchem der Uteruskrebs noch »operabel« ist, war bisher nur in jenen Fällen möglich, in denen die Frauen dem Eingriffe erlagen. Und was das für derartige Studien fast noch wichtigere parametrane Gewebe betrifft, so war dasselbe an den nach den bisherigen Methoden exstirpierten Uteris viel zu spärlich, um ein brauchbares Material abzugeben.

In der Bettinastiftung wurden bisher 140 Fälle nach der von mir mehrfach beschriebenen Methode operiert, und wir haben uns angelegen sein lassen, durch die genaueste Untersuchung der exstirpierten Drüsen und Parametrien eine sichere Basis für die Beurteilung der angedeuteten Verhältnisse zu schaffen.

Was da für die Parametrien resultiert, das soll hier nicht erörtert werden. Assistent Dr. Kundrat, welcher diese außerordentlich mühsamen und zeitraubenden Serienschnittuntersuchungen durchgeführt hat, wird darüber an anderer Stelle berichten. Heute will ich mich auf die Besprechung unserer Lymphdrüsenuntersuchungen beschränken.

Die aus diesen Untersuchungen resultierenden Hauptergebnisse sind allerdings bereits an anderer Stelle publiziert worden (Archiv für Gynäkol. Bd. LXI u. Bd. LXV). Es sei kurz wiederholt, daß wir die regionären Lymphdrüsen in 35% der Fälle von Krebs ergriffen gefunden, eine Zahl, die seither von Döderlein, Zweifel und Kleinhans bestätigt wurde (isoliert steht die Grazer Klinik v. Rosthorn's mit 57,5%). Immer waren die krebsigen Drüsen vergrößert, meist sehr bedeutend, in einzelnen Fällen nur wenig; in den langgestreckten, spindelförmigen, ganz dünnen Drüschen, wie sie sich normalerweise zwischen und neben den großen Gefäßen finden, haben wir niemals Karzinom konstatieren können. Umgekehrt aber waren in ca. 30% der Fälle die Drüsen mehr oder minder beträchtlich vergrößert, ohne daß Karzinom in ihnen konstatiert werden konnte, die

Vergrößerung war bedingt durch Hyperplasie und Infiltration. Prädilektionsstellen für das Vorkommen krebsiger Lymphdrüsen konnten im allgemeinen nicht festgestellt werden; am häufigsten erwies sich betroffen die Region zwischen Arteria iliaca externa, interna und innerer Leistengegend, hinab bis zum Foramen obturatorium (bei der Auslösung dieser Drüsen kam es sehr häufig zur Freilegung des Nervus obturatorius). Die große Mehrzahl der Fälle, in denen krebsige Lymphdrüsen konstatiert wurden, wies mehr oder minder weit vorgeschrittene primäre Herde auf; in einzelnen Fällen aber handelte es sich um ganz beginnenden Uteruskrebs, eine Erfahrung, die von v. Rosthorn, Kleinhans u. a. ebenfalls gemacht worden ist. Endlich sei erwähnt, daß nicht in allen Fällen, in denen die Lymphdrüsen krebsig waren, auch in den zugehörigen Parametrien Krebs konstatiert werden konnte: unter den ersten 80 Fällen, deren Parametrien von Dr. Kundrat in Serien genauestens untersucht wurden, gab es 4 mit krebsigen Lymphdrüsen und krebsfreien Parametrien (s. Wertheim: Referat für den internat. Kongreß in Rom 1902).

Bei der großen Bedeutung dieser Feststellungen, welche die bisherigen Anschauungen über das Verhalten der regionären Lymphdrüsen beim Uteruskrebs nicht unwesentlich zu modifizieren geeignet sind, erscheint es eine Notwendigkeit, die histologischen Befunde, auf welchen diese Feststellungen basieren, eingehend darzulegen, und ich hoffe hiermit um so eher vor Sie treten zu können, als dieselben auch für die Frage der Histogenese der Uteruskarzinome nicht belanglos zu sein scheinen.

In zwei Dritteln der Fälle, in denen die regionären Lymphdrüsen Krebs aufwiesen, handelte es sich um polymorphzellige, in soliden Alveolen angeordnete Krebsmassen. Die Bilder sind die für die krebsige Erkrankung der Lymphdrüsen allgemein bekannten: bald ist das ganze Lymphdrüsengewebe durch Krebs substituiert, bald sind es nur mehr oder minder große Anteile. Je kleiner die substituierten Partien, desto deutlicher läßt sich konstatieren, wie die Krebsmassen zuerst die peripheren Lymphsinus erfüllen, manchmal schalenartig die Follikel umgebend, und sodann in die Follikel einbrechen, um gegen das Innere der Drüse vorzudringen. Auch regressive Metamorphosen sind nicht selten: Nekrose des Zentrums und Erweichung bis zur völligen Verflüssigung allen Gewebes bis auf die Kapsel der Lymphdrüsen etc. (Folgt die Demonstration der entsprechenden Bilder mittels Skioptikon, bei welcher Gelegenheit auch eine Drüse demonstriert wird, in welcher Karzinom und Tuberkulose kombiniert sind.)

Die zu diesen Lymphdrüsen gehörigen primären Krebse sind fast durchweg ebenfalls polymorphzelliger Natur. Es haben allerdings einzelne Partien da oder dort mehr den Charakter von Platten- oder Cylinderepithel, aber eine Entscheidung zu treffen, ist nicht möglich; nur in 2 Fällen scheint der Plattenepithelcharakter außer Zweifel.

*

Weit interessanter sind die Lymphdrüsenbefunde in dem übrigen Drittel der Fälle. Es handelt sich da nicht um polymorphzellige, alveoläre Bildungen, sondern um schlauchförmige Formationen, die mit einschichtigem Epithel ausgekleidet sind. Die Bilder sind außerordentlich mannigfaltig: meist sind es enge, mehr oder weniger verzweigte, drüsige Gebilde mit hohem, ziemlich regelmäßig gestelltem Cylinderepithel, manchmal sind es stärker erweiterte, gleichsam cystische, von einer Art schleimerfüllte Räume, deren Epithel stellenweise ganz niedrig, wie abgeplattet, endothelartig aussieht und keine Proliferation verrät. In einem unserer Fälle handelte es sich, wie von berufener Seite bestätigt wurde, um Flimmerepithel. Der Hauptsache nach liegen diese Gebilde in der Peripherie der Lymphdrüsen, meist unmittelbar unter der Kapsel oder nicht weit davon; da und dort aber drängen sie sich zwischen den Follikeln mehr oder minder tief gegen das Innere der Lymphdrüsen vor, und auch mitten im Follikelgewebe machen sie sich manchmal breit. Während in einzelnen Fällen die betreffenden Lymphdrüsen von einer Unzahl solcher verzweigter Schläuche durchsetzt sind, finden sich in anderen dieselben nur äußerst spärlich; ja es kam vor, daß wir von allen Lymphdrüsen eines Falles zusammen nur in einer einzigen und auch in dieser nur ein solches Gebilde auffinden konnten.

Von diesen Gebilden habe ich in den Publikationen der letzten Jahre mehrfach Erwähnung getan, jedoch ohne eingehendere Würdigung. Auch von anderer Seite sind dieselben bereits beschrieben worden: zum ersten Male von Ries, dann später von Wülfing, Kermauner und Lameris, Krömer und in der jüngsten Zeit von Borst (Geschwulstlehre).

Haben nun diese drüsigen Formationen in den regionären Lymphdrüsen eine Beziehung zum Uteruskarzinom, resp. sind sie als Zeichen einer krebsigen Erkrankung der regionären Lymphdrüsen anzusehen oder nicht? Ich selbst habe mich seinerzeit (Archiv für Gynäkologie Band LXI) mehr für eine Bejahung dieser Frage ausgesprochen, ohne aber eine Entscheidung treffen zu können. Alle die erwähnten Autoren aber weigerten sich, dieselben als mit dem Karzinom in Beziehung stehend anzuerkennen, und zwar teils mit Rücksicht auf den zierlichen, regelmäßigen Bau und auf das Vorhandensein einer Art bindegewebiger Membran, teils mit Rücksicht darauf, daß in einzelnen Fällen ein Flimmerbesatz angegeben ist, teils mit Rücksicht darauf, daß der primäre Herd entweder polymorphzellig oder sogar deutlich plattenepithelial erschien. Die übereinstimmende Ansicht aller genannten Autoren, die zuerst von Ries ausgesprochen wurde, geht vielmehr dahin, daß es sich hier um Einschlüsse handle, die vom Wolff'schen Körper abstammen. In einer Zeit, in der persistierenden und versprengten Resten dieses Organs in der Pathologie der weiblichen Genitalien eine so große Aufmerksamkeit gewidmet wird, kann es nicht wunder nehmen, daß dieselben auch hier herhalten mußten.

Man ist nun gewiß nicht imstande, diese Erklärung a priori zurückzuweisen. Die Möglichkeit derselben muß zugegeben werden, wenn auch die dafür angeführten Gründe nicht überzeugend sind. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß manche dieser Gebilde durchaus nicht den Eindruck des Krebsigen hervorrufen. Ein fast kugeliger, cystischer Raum, der mit ganz plattem Epithel ausgekleidet und mit Schleim erfüllt ist, isoliert in der ganzen Lymphdrüse — wer möchte da an einen Kausalnexus mit dem Uteruskarzinom denken, zumal wenn dieses aus typischen Plattenepithelien zusammengesetzt ist?

Dem gegenüber ist aber geltend zu machen:

1) Daß es nicht leicht verständlich erscheint, wie Abkömmlinge des Wolff'schen Körpers in das Innere der hier in Betracht kommenden Lymphdrüsen gelangt sein sollten;

2) daß Krebsmassen nicht selten eine Art bindegeweblicher Hülle um sich bilden;

3) daß selbst der Befund von Flimmerepithel nicht mit Sicherheit gegen die krebsige Natur dieser Formationen spricht, indem sowohl im primären Tumor als auch in Metastasen schon mehrfach Flimmerepithel beobachtet worden ist (Hansemann, Külb und andere);

4) daß eine Übereinstimmung mit dem histologischen Charakter des primären Herdes nicht notwendigerweise vorhanden sein muß, indem ja dieser letztere durch Meta- resp. Anaplasie verändert sein kann, wofür erst unlängst ein sehr instruktives Beispiel von Emanuel mitgeteilt worden ist, welcher aus einem dem Uteruskörper angehörenden Drüsenkarzinom typische Cancroidkugeln hervorgehen sah.

Um nun in dieser Frage, die auch in praktischer Beziehung von großer Bedeutung ist, und zwar speziell für die Beurteilung des Wertes der Lymphdrüsenexstirpation für die Dauererfolge — denn in ca. 13% aller unserer operierten Fälle konnten wir solche Gebilde in den Lymphdrüsen konstatieren — eine Entscheidung herbeizuführen, habe ich zwei meiner Schüler, Dr. Lichtenstern und Dr. Ofner, veranlaßt, Kontrolluntersuchungen anzustellen. Dieselben haben von 80 Leichen mit nicht krebsigem Uterus die regionären Lymphdrüsen entfernt und dieselben mit großer Exaktheit in lückenlosen Serien untersucht. Niemals und in keinem der vielen Tausende von Schnitten konnte ein solcher oder auch nur ähnlicher Befund erhoben werden.

War schon hieraus evident, daß diese Bildungen mit dem Wolff-schen Körper oder mit irgend einer anderen Entwicklungsstörung nichts zu tun haben können, so haben wir aber auch Befunde zu erwähnen, welche in positiver Weise dafür sprechen, daß dieselben nichts Anderes sind als Karzinommetastasen. In 3 Fällen (Marek, Steffek, Gurka) konnten wir nämlich direkt den Übergang solcher Bildungen in typisches alveoläres Karzinom nachweisen.

Diese Erkenntnis scheint uns nun auch einen Rückschluß auf die Histogenese der zugehörigen primären Karzinome zu gestatten. Auch hier handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle um polymorphzellige Neubildungen, in einem Falle um einen typischen Plattenepithelkrebs mit Hornkugeln (Fall Tribotzki; Demonstration), in zwei anderen Fällen um plattenepithelähnliche Karzinome; nur in 3 Fällen weist auch der Primärtumor deutlich den drüsigen Ursprung auf. Will man nun der Lehre von der Transplantation nicht Gewalt antun, so bleibt nichts übrig als die Annahme, daß auch in allen anderen Fällen die primäre Neubildung von den Drüsen ihren Ausgang genommen hat, und daß demnach die Metaplasie bei den Collumkarzinomen eine weit größere Rolle spielt, als man bisher angenommen. Vorgänge, wie sie Emanuel für die Drüsen des Uteruskörpers beschrieben hat, scheinen eben auch beim Collumkrebs vorzukommen. Jedenfalls erscheint die Forderung begründet, in der histogenetischen Deutung der Collumkarzinome aus den Bildern des primären Tumors recht zurückhaltend zu sein.

Allerdings kommen wir mit dem Schlusse, daß die zu diesen Lymphdrüsenmetastasen gehörigen Primärtumoren, wenn sie auch medullären oder plattenepithelartigen Charakter aufweisen, doch von den Cervix- resp. Erosionsdrüsen ihren Ausgang genommen haben, in Widerspruch mit der von Hansemann vertretenen Lehre, daß die Metastasen entweder gleich oder stärker, nicht aber weniger anaplastisch sind, als der Primärtumor. Trotzdem scheint uns eine andere Deutung unserer Befunde kaum möglich zu sein.

Unsere Untersuchungen führen uns mit zwingender Kraft dazu, die oben gestellte Frage dahin zu beantworten, daß die in Rede stehenden Bildungen nichts mit Entwicklungsstörungen zu tun haben, vielmehr als Metastasen vom Uteruskrebs her aufzufassen sind.

Neue Bücher.

1) **Ekstein** (Teplitz). Geburtshilfliche Neuorganisationen in Österreich.

Stuttgart, F. Enke, 1902. 53 S.

In Österreich bedarf bekanntlich der Unterschied in der Geburtshilfe und Gynäkologie, sowie die öffentlichen Einrichtungen auf diesem Gebiete in mehrfacher Richtung der Verbesserung. Die Errichtung geburtshilflicher Polikliniken, vor allem endlich einmal die Errichtung gynäkologischer Abteilungen an den Krankenhäusern, die Gründung von Wöchnerinnenasylen, der Kampf gegen die Schaar derjenigen, welche sich ohne Berechtigung Frauenärzte nennen dürfen, die Neuorganisation des ärztlichen Personales der Kliniken — das sind nebst zahlreichen anderen wichtigen Forderungen Dinge, die seit vielen Jahren den Gegenstand zahlreicher Berichte und Druck-

schriften an die Behörde, das Thema für Publikationen und öffentliche Diskussionen in ärztlichen und anderen Körperschaften bilden. Obwohl diese Forderungen wiederholt und eindringlich von den Berufensten erhoben worden sind — Zeugnis davon geben die zahlreichen diesbezüglichen Berichte und Publikationen von Chrobak, Schauta, Piskaček Torggler — erfreut sich kein Zweig des sanitären Lebens eines geringeren Entgegenkommens von Seite der Behörden in Österreich, als die Frauenheilkunde. Daß sich auf dem Gebiete des Hebammen- und Wochenpflegerinnenwesens zahlreiche Verbesserungen vornehmen ließen, ergibt sich wohl nach den geschilderten Verhältnissen von selbst. Trotz dieser traurigen Aussichten unternimmt es diesmal ein Praktiker, die betreffenden Fragen von neuem aufzurollen. Seine Forderungen sind im allgemeinen keineswegs neu; sie sind — wie erwähnt — von den berufensten Frauenärzten wiederholt aufgestellt worden. Daraus ergibt sich schon die Berechtigung derselben von selbst. Immerhin dürften einige, die Hebammen betreffende Vorschläge wohl auf Widerstand stoßen. Das Hebammenmaterial in Österreich ist ja dank den komplizierten nationalen und politischen Zuständen des Reiches ungleich weniger homogen als im Deutschen Reich. Aus diesem Umstande allein ergeben sich für Österreich schon wieder weitere Schwierigkeiten. Es ist zu wünschen, daß E.'s Stimme dazu beitragen möge, das Erstrebte zu erreichen.

Das Resumé seiner Ausführungen besteht in folgenden Forderungen:

1) Neuorganisation der geburtshilflichen Kliniken durch Errichtung geburtshilflicher Polikliniken.

2) Obligatorische Einführung ärztlich-geburtshilflicher Instrumentarien.

3) Obligatorische ärztliche Berichte über ausgeführte Entbindungen.

4) Regelung des geburtshilflich-gynäkologischen Spezialistenwesens; Gründung von geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen in den Bezirkskrankenhäusern.

5) Reformen der Hebammenschulen und des ganzen Verwaltungswesens derselben. Vereinigung aller Vorstände der Hebammenschulen in einen Verband; Vermehrung und Verstaatlichung der Hebammenschulen; Verlängerung der Kursdauer auf mindestens 6 Monate; poliklinische Geburtshilfe für Hebammen; Vereinheitlichung des Unterrichtes, des Lehrbuches, des Instrumentariums für Hebammen; rigorosere Aufnahmebedingungen für Hebammenschülerinnen, numerus clausus für jeden Kurs; Errichtung von Wiederholungskursen für Hebammenschülerinnen.

6) Reform des Hebammenstandes. Höherer Bildungsgrad zur Aufnahme auf die Schule; neue Instruktion, in der die Technik des Berufes von den gesetzlichen Bestimmungen getrennt ist; Vervollständigung der Organisation von Bezirkshebammen; unentgeltliche

Verabreichung der Desinfektionsmittel an die Hebammen; bessere Dotierung der angestellten Hebammen; Hebammenaufsichtsärzte; Gründung von Bezirkshebammen-Vereinen; Vereinigung dieser Vereine zu einem genossenschaftlichen Zentralverein; Wiederholungskurse als Strafkurse bei fortgesetzt mangelhafter Tätigkeit der Hebamme.

7) Gründung des Standes der geschulten Wochenpflegerinnen. Nur intelligente Frauen mit entsprechender Vorbildung sind zuzulassen; jeder Kurs für dieselben hat 4—5 Monate zu dauern; für den Unterricht und die Tätigkeit der Wochenpflegerinnen ist ein eigenes Regulativ zu verfassen; der poliklinische Unterricht in der Wochenpflege hat in gleicher Weise; wie in der Geburtshilfe zu geschehen; geschulte Wochenpflegerinnen müssen gleich den Hebammen für reiche und arme Frauen zur Verfügung stehen; für kostenfreie Wochenpflege bei Armen hat der Staat Vorsorge zu treffen; nur geschulte Wochenpflegerinnnen dürfen pflegen; andere sind als Kurpfuscherinnen zu behandeln; in gleicher Weise ist aber auch gegen geschulte Wochenpflegerinnen zu verfahren, wenn sie entgegen ihren Dienstvorschriften Verrichtungen übernehmen, die nicht in deren Bereich fallen.

8) Gründung von Wochenpflegerinnenschulen an den Universitätskliniken und Hebammenschulen.

9) Gründung von Wöchnerinnenasylen, die den Bezirkskrankenhäusern anzugliedern sind.

10) Organisation von Frauenvereinen zur Ausübung werktätiger Milde auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbetthygiene.

Keitler (Wien).

---

2) **Kleinwächter.** Die Therapie der Retention der Placenta und deren Partikeln.

(Die Heilkunde 1902. Hft. 10.)

Bei der Therapie der Retention der Placenta oder deren Partikeln kommt nur die künstliche Entleerung des Uterus in Frage. Jedoch ist die Art und Weise des Eingriffes verschieden je nach Lage des Falles und den begleitenden äußeren Umständen. Der Eingriff wird verschieden sein, je nachdem es sich um eine reife oder noch nicht reife Placenta handelt, je nachdem, ob nach Austritt der reifen oder überreifen Frucht erst eine kürzere oder bereits längere Zeit verflossen ist, je nachdem die Halbentbundene sonst an sich gesund oder bereits puerperalfieberkrank ist, und je nach den äußeren Verhältnissen, d. h. ob die Pat. in einer Klinik mit allen Hilfsmitteln liegt, oder ob man in der Privatpraxis unter äußerst ungünstigen Verhältnissen operieren muß.

Bei jeder rechtzeitigen, normalen Geburt muß auch der Abgang der Nachgeburt streng überwacht werden. Nach 10—15 Minuten läßt K. während einer Wehe den Credé'schen Handgriff ausführen. Den spontanen Austritt der Placenta im Sinne von Ahlfeld ab-

zuwarten, hält K. in der Praxis für entschieden fehlerhaft. Solange die Pat. in utero ist, befindet sich die Frau nicht außer Gefahr. In der auf die Geburt der Frucht folgenden Zeit kontrahiert sich der innere Muttermund mehr und mehr, so daß es späterhin bei einer eventuell notwendig werdenden manuellen Lösung sehr schwer oder gar unmöglich wird, die Hand in den Uterus einzuführen und die Placenta zu extrahieren resp. zu lösen. Experimenti causa mag, sagt K., der spontane Abgang der Placenta in einer Klinik abgewartet werden, auf die Praxis ist dieses Verfahren entschieden nicht zu übertragen. Der Credé'sche Handgriff soll mehrfach versucht werden. Auf die Entleerung der Harnblase ist zu achten. Ferner empfiehlt es sich, die Zangemeister'sche Massage des Uterus in der Wehenpause anzuwenden: dabei wird der Uterus mehrfach bis zum Eintritt einer Wehe von vorn und hinten eingedrückt, wodurch flache, dellenförmige Vertiefungen entstehen, und sich die Placenta lösen soll. Die manuelle Lösung der Placenta ist selten nötig, doch wird sie öfters als allgemein hervorgehoben.

Tritt nach der Geburt der Frucht eine sehr heftige Blutung auf, so daß die Halbentbundene durch die akute Anämie in Lebensgefahr gerät, so muß die Placenta manuell gelöst werden. In diesen Fällen soll man keine Zeit mit den Expressionsversuchen verlieren. Auch nach größeren, schwierigen operativen Eingriffen (z. B. Embryotomie) ist es mitunter zweckmäßig die Placenta manuell zu entfernen, entweder um die Operation abzukürzen oder um die Operierte früher zur Ruhe zu bringen.

Eine bestimmte Zeit zum manuellen Eingriff läßt sich nicht geben. K. wartet etwa 1 Stunde, darauf überzeugt er sich durch mehrere innerliche Untersuchungen von der Weite resp. Kontraktionsneigung des inneren Muttermundes. Steigert sich letztere, so löst er manuell. In der Praxis soll man bis 2 Stunden warten.

Nach der manuellen Lösung soll »selbstverständlich« eine desinfizierende Ausspülung des Uteruscavum folgen; darauf gibt K. eine größere Dosis (1,0) Ergotin.

Ist bei Retentio placentae seit der Geburt der Frucht noch mehr Zeit verflossen, z. B. 1 Tag oder noch mehr, so sucht K. durch Morphium, Atropin oder Chloroform den Widerstand des inneren Muttermundes zu überwinden; oder er tamponiert für 6—8 Stunden mit Watte. Wie überhaupt K. sehr der Tamponade das Wort redet. Die Entfernung soll, wenn es irgend wie angeht, mit dem Finger geschehen, nicht mit Curette oder Löffel.

Bei der Entfernung von Placentarpolypen will er auch nur mit dem Finger operieren, eventuell die Polypenzange zu Hilfe nehmen. Mitunter ist es zweckmäßig, eine Exkochleation anzuschließen. Darauf wird der Uterus ausgespült und ein Jodoformgazestreifen für 2 bis 3 Tage eingelegt. In der Nachbehandlung wird die Vagina täglich mit einem leichten Desinfiziens ausgespült. Eine mikroskopische Untersuchung der exkochleierten Massen ist stets vorzunehmen.

Manchmal kommt es auch zu einer Subinvolutio uteri ohne Nachweis von retinierten Placentarteilen; unregelmäßige, starke Blutungen belästigen die Pat. sehr. Die einzig richtige Therapie ist die Exkochleation des Uterus, worauf K. eine Nachätzung mit Jodphenol folgen läßt.

Das Nähere ist im Original nachzulesen. Einzelne Teile der Arbeit dürften nicht unwidersprochen bleiben.

G. Zander (Berlin).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Bericht über die geburtshilflich-gynäkologische Sektion des VIII. Pirogow'schen Kongresses russischer Ärzte in Moskau.

Schluß (cf. dieses Blatt 1902 Nr. 28).

(Russki Wratsch 1902. No. 39 u. 40.)

Prof. Th. Sneguireff: Ein Fall einer Bildung einer Anastomose zwischen Nierenbecken und Blase (Hydronephrocistoneostomia) mit gutem Erfolge.

Pat. 19 Jahre, Virgo; Regeln seit dem 14. Lebensjahre, erscheinen alle 3 Wochen und dauern 5 Tage; letzte Regel vor einer Woche. Seit einem Jahre zu oftes Urinieren ohne Schmerzen. Vor einem halben Jahre bemerkte Pat. Vergrößerung des Leibes. Anfang Dezember 1900 zusammen mit geringen Schmerzen in der rechten Seite erschien im Urin Blut in großer Menge, was eine Woche dauerte; Mitte Dezember nach Erheben einer Last fühlte Pat. Schmerzen im unteren Teile des Leibes. Temperaturerhöhung und Schüttelfrost waren nicht vorhanden. Ein Arzt fand einen Tumor in der rechten Seite des Leibes. Als S. Mitte Januar die Kranke untersuchte, diagnostizierte er eine Cyste des rechten Ovarium und einen nicht genau bestimmbaren Tumor, der vom rechten unteren Rippenrand bis zum Becken ging; im Urin 0,21 ‰ Eiweiß und sehr viele weiße Körperchen; Urinmenge im Laufe von 24 Stunden 2000 ccm. Am 21. Januar 1901 wurde per laparotomiam eine apfelsinengroße Cyste des rechten Ovariums entfernt. Der 2. Tumor war Hydronephrose der rechten Niere. Es wurde beschlossen, sie mittels eines extraperitonealen Lumbalschnittes zu entfernen. Die Bauchwunde wurde zugenäht und in der Lumbalgegend ein neuer Schnitt gemacht. Der Sack war durch Seitenwände in 3 Etagen geteilt, von denen jede ihren Inhalt hatte: Urin, Eiter, Blut. Der Sack wurde an die Ränder der Hautwunde angenäht und die ganze Höhle tamponiert. Der Verlauf war glatt. Durch die Blase ging während der ersten 24 Stunden 152 ccm Urin ab, dann wurde die Menge größer bis 750 ccm. Die Drainage des hydronephrotischen Sackes wurde am 3. Tage gewechselt, wobei aus dem Sacke mehr als ein Glas geruchloser seröser Flüssigkeit herausfloß; später wurde die Menge der Flüssigkeit größer und sie erhielt allmählich die Eigenschaften des normalen Urins. Statt der Drainage wurde ein sterilisierter dicker Katheter aus weichem Gummi eingelegt, der in einen Urinauffänger aus Gummi geführt wurde. Am 10. Tage Entfernung der Nähte; prima intentio. Am 27. Tage wurde Pat. in normale Verhältnisse gestellt, wobei Katheter und Urinbehälter täglich gewechselt wurden. Am 22. September wiederholte Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurden 1) keine Adhäsionen in der Becken- und Bauchhöhle gefunden; 2) der Stiel auf der Stelle der entfernten Ovarien zeigte eine geringe glatte Erhabenheit; 3) das untere Ende des Sackes befand sich etwas unterhalb des Coecums, wie es mit einer durch die Fistel eingeführten Sonde nachgewiesen wurde; 4) mit einer dicken, in die Blase eingeführten Sonde konnte man die Spitze der Blase bis zur Linea innominata herabsetzen. Es wurden dann das Coecum mit dem Proc. vermiformis nach oben gezogen; von der Spitze der Sonde, die in den Sack eingeführt, wurde das Peritoneum längs der seitlichen

Bauchwand bis zum rechten Rande der Blase durchschnitten und längs dem Schnitte auf einen Finger breit beiderseits abgesondert. Der entblößte Teil des Sackes wurde abgesondert und ein wenig unterhalb der Linea innominata heruntergelassen. Dann wurden das Ligamentum latum und rotundum rechts durchschnitten und das Intercellulargewebe neben dem seitlichen Rande der Blase zerrissen, wodurch die Blase mehr beweglich wurde; man konnte dann mit einem Blasenkatheter den Fundus der Blase oberhalb der Linea innominata hineinführen. Nach der Durchschneidung des Ligamentum latum war das Bett für die Blase fertig. Der obere Teil der Blase von der hinteren Fläche wurde mit Renntiersehnenfäden oberhalb der Linea innominata befestigt; ebenso wurden die Seitenwände der Blase befestigt und die Blase auf etwa 2,5 cm eröffnet. Durch das untere Ende des hydronephrotischen Sackes wurde eine Ligatur aus Renntiersehnenfäden durchgezogen und das Ende derselben durch Blase und Ureter nach außen hinausgeführt; oberhalb der Stelle, wo die Ligatur gelegt wurde, wurde der Sack quer durchschnitten und mit Hilfe der Ligatur in die Blasenhöhlung hineingezogen. Nachdem das Ende des Sackes auf etwa 2,5 cm in die Blase hineingezogen war, wurde der Sack mit Nähten an die Blasenschleimhaut befestigt und die Blasenhöhlung oberhalb desselben zugenäht. Die durchschnittenen Ligg. rotundum und latum so wie das Peritoneum wurden auch zugenäht. Somit wurde infolge der seitlichen Befestigung der Blase und fester Ligatur, die durch den Ureter durchgeführt wurde, eine feste extraperitoneale Verbindung erhalten, da das Peritoneum abgeschlossen und zugenäht wurde. Die Bauchhöhle wurde geschlossen, in die Blase ein Katheter à demeure eingeführt und die seitliche Öffnung drainiert. Die Operation dauerte 1 Stunde und 40 Minuten. Der Verlauf war glatt. Bis zum 6. Tage war die Menge der Ausscheidungen durch die Blase und die Öffnung fast gleich, dann wurde immer mehr Urin durch die Blase ausgeschieden. Am 10. Tage wurden die Nähte entfernt und am 21. Tage hat Pat. das Bett verlassen. Gleichzeitig wurde der Katheter und nach einer Woche die Drainage entfernt. Die Fistel heilte schnell. Tägliche Urinmenge 1500 ccm; Urin vollständig normal.

In diesem Falle waren nach S.'s Meinung alle Bedingungen für die Ausführung der beschriebenen Operation günstig, weil der untere Teil des hydronephrotischen Sackes sich verhältnismäßig leicht nach unten hinabließ, andererseits war die Blase vollständig beweglich und deshalb konnte man sie ohne besondere Spannung bis zur Linea innominata hinaufziehen. Das Peritoneum wird auf dieser Stelle, d. h. auf der seitlichen Wand des kleinen und großen Beckens sehr leicht abgesondert, und darum liegt eine solche Befestigung nach Zunähung des Peritoneums extraperitoneal. Somit wird der Harnausfluß in die Bauchhöhle im Falle der mißlungenen Vernähung vermieden. Die Vereinigung der Blase mit dem hydronephrotischen Sacke liegt in der seitlichen Wand des Beckens und wird nicht von anderen Organen gedrückt, was im Falle einer eingetretenen Schwangerschaft sehr wichtig ist.

Auf Grund von 3 Fällen der Einnähung des Ureters in die Blase, des beschriebenen Falles und der Literaturangaben schließt S., daß gute Erfolge nach solchen Operationen nur bei normalem Zustande des Harnes erhalten werden können; darum muß man bei jeder Hydronephrose, Pyelohydronephrose vorher eine Fistel in der Lumbalgegend bilden. Mit Hilfe dieser Fistel wird 1) der Inhalt des hydronephrotischen Sackes entleert, 2) Vorstellung über die Menge und Beschaffenheit der funktionellen Tätigkeit der Niere erhalten, 3) der pathologische Zustand des Sackes und der Niere beseitigt, 4) nach der Operation Spannung und Druck infolge des Abflusses aus dem Sacke beseitigt und Ruhe für die zugenähten Höhlungen des Sackes und der Blase erhalten und 5) bei Eiterung die Möglichkeit für Ausspülungen mit Sicherung eines guten Abflusses gegeben.

Diskussion. Dr. Leschnew: In der chirurgischen Universitätsklinik zu Moskau wird, wenn das Nierenbeckenende des Ureters nicht gefunden wird, der Ureter sofort durch die Blase katheterisiert und der Katheter in den hydronephrotischen Sack eingeführt; dann wird leicht der Ureter gefunden und eine Drainage

bis zur Blase geführt, womit der Ureter vor Knickung, Erweiterung infolge Narbenbildung etc. geschützt wird. Um Kontraktion und Heilung des hydronephrotischen Sackes hervorzurufen, wird in dem in dem Sack liegenden Teile des Katheters eine Öffnung gemacht, das Ende geschlossen, äußere Wunde fest tamponiert; der Urin geht aus dem Sacke durch die Öffnung in den Katheter und durch ihn in die Blase. Die Fistel wird bei dieser Behandlung schnell geschlossen. L. meint, daß, wenn in der gynäkologischen Praxis Ureterkatheterisation eingeführt würde, so würden solche schwere und gefährliche Operationen, wie die hier mitgeteilte nicht ausgeführt.

Prof. N. N. Fenomenow sagte, daß solche Fälle sehr selten vorkommen. Der glänzende Erfolg dieses Falles wirkt aber sehr ermuthigend.

Prof. D. O. v. Ott: Die Beleuchtung der Bauchhöhle (Ventroskopie) als Methode bei vaginaler Köliotomie.

(Ist in Nr. 36 Jahrg. 1902 dieses Blattes ausführlich abgedruckt.)

Diskussion. Prof. W. Th. Sneguireff meint, daß der vaginale Weg bei Operationen einige Vorteile vor dem abdominalen hat: nach einer Operation per vaginam ist die Nachbehandlung viel leichter. Die vaginale Operationsmethode ist nicht verbreitet, weil während der Operation starke Blutungen aus dem Plexus pampiniformis vorkommen, die Ligaturen abgleiten und platzen; es bilden sich Hämatome. Weitere Schwierigkeiten bestehen darin, daß es über die Art und den Charakter der Adhäsionen zu urteilen unmöglich und die Därme zu verletzen leicht möglich ist. Abdominale Laparotomie wird unter Kontrolle des Auges ausgeführt. Aus diesem Grunde wird von S. die supravaginale Amputation vorgezogen. Die vom Ref. vorgeschlagene Methode der Beleuchtung der Bauchhöhle ist sehr wichtig und kann eine neue Ära in der russischen Gynäkologie bilden.

Prof. G. E. Rein meint, daß die wahre Schätzung der vom Ref. vorgeschlagenen Methode der Zukunft gehört, da weitere Beobachtungen ausgeführt werden müssen. R. urteilt über diese Methode a priori, da er keine persönliche Erfahrung hat. Was die Frage über den Vorzug der vaginalen oder abdominalen Operationsmethode betrifft, so sind beide Methoden gut; die abdominale Methode kann aber in allen Fällen, die vaginale nicht immer angewandt werden. Prof. Ott ist einer der eifrigsten Vertreter der vaginalen Methode, auch nicht ohne Grund, da die von ihm erhaltenen Resultate besser sind, als die bei abdominalen Laparotomien. R. meint aber, daß das Mortalitätsprocent nicht bewiesen werden kann, da es nicht aus gleichen Fällen gezogen ist: die vaginale Methode wird bei leichteren Fällen angewandt. Er persönlich hat bei vaginaler Operationsmethode 0% Mortalität, bei abdominaler 5—4—3%. Der Vorschlag selbst, bei vaginaler Laparotomie die Bauchhöhle zu beleuchten, spricht für die Unvollkommenheit dieser Methode. Was die Beleuchtung betrifft, so ist unzweifelhaft, daß es Fälle gibt, wo die Beleuchtung wünschenswert ist, andererseits sind die Nebenwirkungen sehr gefährlich: in die Bauchhöhle dringt Luft ein, welche bei Lagerung der Pat. mit hochgelagertem Becken in solche Stellen hineindringen kann, wohin sie bei abdominaler Laparotomie niemals hineingeht. Luftfiltration durch sterilisierte Watte oder Gaze ist ungenügend. Bei Blutungen kann das Gesichtsfeld verdunkelt werden, und um dieses zu befreien, kann man genug Zeit verlieren, während bei abdominaler Laparotomie 5—8 Minuten genügend sind, um starke Blutungen zu stillen. Dessen ungeachtet muß man die Beleuchtungsmethode der Bauchhöhle als großen Fortschritt begrüßen, aber sich cum grano salis zur selben verhalten.

Priv.-Doz. Mironow: Was Prof. Rein's Meinung betrifft, daß es unentschieden ist, ob Verminderung des Mortalitätsprocents bei Prof. v. Ott von ungleichmäßigem Materiale, nicht aber von der Operationsmethode abhängt, so ist die Antwort schon auf gleichmäßigem Materiale vorhanden, nämlich bei Entfernung der entzündlichen Adnexa gibt die abdominale Laparotomie 6%, die vaginale 3% Mortalität. M. operiert, wo möglich, per vaginam, unter Kontrolle des Auges, indem er die Wunde des eröffneten Gewölbes mit Spiegeln erweitert und den Fundus uteri und Adnexa in die Wunde hineinzieht. Zum Schlusse fragt

er, ob es möglich ist, bei Beleuchtung des Operationsfeldes die ganze Operation unter Kontrolle des Auges auszuführen.

Dr. Tschernechowski teilt mit, daß er im Sommer 1901 in der Klinik von Prof. Pozzi Operationen, die auf schiefer Ebene ausgeführt wurden, gesehen hat.

Dr. Nowikow sagte, daß nach Tindal's Meinung, der die Anwesenheit der Bakterien nachgewiesen hat, Filtration der Luft durch sterilisierte Watte vollständig genügend ist.

Dr. Michin fragte, in wie fern die vaginale Methode die Durchschneidung der Ureteren verhütet. Er hatte sehr oft Gelegenheit, Ureterverletzungen, die bei vaginalen Operationen geschehen sind, zu behandeln.

Dr. Meerowitsch meint, daß der sich bei der Trendelenburg'schen Lage bildende negative Druck in der Bauchhöhle nicht so stark ist, um die Luft durch den Tampon zu ziehen. Deshalb geht durch den Tampon entweder keine Luft oder nur eine geringe Menge hinein.

Dr. Baratinsky meint, daß die vaginale Operationsmethode viele Vorzüge für Ärzte hat, die bei nicht speciell klinischer Einrichtung operieren. Die vorgeschlagene Beleuchtungsmethode der Bauchhöhle kann bei vaginaler Laparotomie sehr behilflich sein.

Prof. v. Ott sagte zum Schlusse, daß jede Methode gewisse Grenzen hat, und daß er aus der vaginalen Methode keine Panacee machen will. Er hat circa 1000 vaginale Laparotomien ausgeführt. Als Beweis dessen, daß die Vorzüge der vaginalen Methode nicht auf dem Unterschiede im Materiale begründet sind, berichtete er über einen Fall von Entfernung eines 7monatlichen schwangeren Uterus im Laufe von 15 Minuten. Einer der Vorzüge der vaginalen Methode ist der, daß Luft in die Bauchhöhle nicht hineingeht, bei der Trendelenburgschen Lage, die zur Beleuchtung der Bauchhöhle nötig ist, geht nur filtrierte Luft hinein, während bei abdominaler Laparotomie die Luft nicht vollständig filtriert wird. Specula und Lampen sind einfach eingerichtet. Als Elektrizitätsquelle können Zentralstationen bei Reostatanwendung und Accumulatoren dienen. Verletzung der inneren Organe hat v. O. nur einmal beobachtet: es wurde das Rektum verwundet. Wenn bei Blutung aus dem Plexus pampiniformis die Umstechung unmöglich wird, so kann man leicht eine Klemmpinsette anlegen. Unfehlbarkeit kann man von der vaginalen Methode nicht fordern, jedenfalls hat sie viele Vorzüge.

Prof. N. N. Fenomenow hat in einigen Fällen die von Prof. v. Ott vorgeschlagene Behandlungsmethode angewandt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Die Anwendung dieser Methode zu diagnostischen Zwecken ist Sache der Zukunft. Jedenfalls ist die Beleuchtungsmethode der Bauchhöhle ein sehr wichtiges Mittel.

Dr. N. S. Kannegisser: Über die chirurgische Behandlung der Uterusfibromyome.

(Ist in diesem Blatte ausführlich referirt.)

Dr. A. A. Redlich: Über die Methoden der Entfernung der Uterusfibromyome mittels Laparotomie.

(Ist in Nr. 36 Jahrg. 1902 dieses Blattes referirt.)

Dr. M. A. Strauch zeigte einige Präparate:

1) Einen sehr seltenen Fall von Verknöcherung der Ovarien bei einer 32jährigen Pat., die vor 14 Jahren geboren hat. Fluor albus, starke Dysmenorrhoe, beständige Schmerzen im unteren Teile des Leibes; Tumor in der Gegend der rechten Adnexa. Bei Laparotomie konnte man nur mit großer Mühe einen steinharten Tumor von sehr starken Adhäsionen befreien. Auf Grund dieser Adhäsionen im kleinen Becken vermutet S., daß Gonorrhoe Ursache der Verknöcherung der Ovarien war.

2) Eine durch seröse Flüssigkeit erweiterte Tube, die bei einer 47jährigen, sterilen Frau entfernt wurde. Die einzige Klage der Kranken war unregelmäßiger

Urinabgang, was nach Entfernung des Tumors verschwand. Bemerkenswert waren die Größe des Tumors, Abwesenheit irgend welcher Adhäsionen trotz langdauernder Einklemmung im Douglas'schen Raum, Uterusumdrehung auf 180° um seine Längsachse und Abwesenheit irgend welcher Veränderungen im Charakter der Regel.

3) Einen Uterus mit zahlreichen Myomen; in der Uterushöhle befand sich ein großes, sarkomatös degeneriertes Myom. Pat., 54 Jahre, Virgo, hatte seit 6 Jahren keine Regel. Plötzlich traten Blutungen und stinkender Ausfluß ein. Laparotomie: Schnitt längs der Linea alba vom Nabel bis zur Symphyse; rechter Uterusrand wurde leicht befreit; Lig. infundibulo-pelvicum und rotundum wurden mit Kocher'schen Klemmen gefaßt; Uterus aus dem Beckengewebe enukleiert; beiderseits Uterusgefäße durchschnitten; es wurde auch der obere Teil der Vagina, welche mit einer 1 : 1000 Sublimatlösung ausgespült wurde, befreit, von der Bauchhöhle aus mit 2 Klemmen gefaßt und gleich unterhalb derselben durchschnitten.

S. hat nach dieser Methode einige Male mit gutem Erfolge bei zerfallenen Myomen operiert.

4) Einen Tumor der Tube; Diagnose wurde nur nach Eröffnung der Bauchhöhle und des Sackes gestellt. Im Sacke befand sich eine ausgetragene, macerierte Frucht. Pat. hat 8mal geboren und 2mal abortiert; letzte Geburt vor 7 Jahren; letzte Menstruation vor 10 Monaten; danach Blutung, die einen Monat dauerte. Pat. behauptete sicher, daß sie Kindesbewegungen fühlt. Abdomen durch einen Tumor ungleichmäßig aufgetrieben; obere Grenze des Tumors 3fingerbreit oberhalb des Nabels. Deutliches Gefühl des Knisterns von Schneeballen. Portio vaginalis normal; auf der vorderen Tumorfläche wird deutlich der vergrößerte Uterus getastet. Herztöne, Uteringeräusche nirgends hörbar. In den Brüsten Milch. Nach der Operation erholte sich Pat. schnell.

Dr. Ulesko-Stroganowa zeigte mikroskopische Präparate von malignem Uterusmyom. Die Lehre vom malignen Uterusmyom ist nur unlängst zum 1. Male in der Literatur aufgetreten. Nur wenige betrachten es als besondere Form, die Mehrzahl beschreibt es als Sarkom oder sogar als gewöhnliches benignes Myom. Wenn man die Besonderheiten des klinischen Verlaufes beobachtet, so muß man diese Form als Sarkom betrachten; auf Grund der Pathogenese aber ist es unmöglich, diese Form zu den Bindegewebstumoren, Sarkomen, zu zählen. In der letzten Zeit ist die Umwandlung der glatten Muskelzellen bewiesen, als Resultat derselben erscheint ein maligner Tumor, der morphologisch dem Sarkom ähnlich ist. Als Quelle der Bildung eines malignen Myoms ist somit die glatte Muskelfaser anzusehen. In den meisten Fällen entwickelt sich der Tumor sekundär aus früher gewesenen Myomen; man kann aber nicht die Möglichkeit einer primären Bildung aus der Uteruswand selbst ausschließen. Als Material zur Untersuchung dienten 7 Fälle von malignem Uterusmyom, die von Prof. v. Ott im klinischen Institute operiert wurden. In 5 Fällen traten Rezidive sehr schnell nach der Operation ein; in 4 von diesen traten Rezidive während der ersten Monate nach der Operation trotz totaler Uterusexstirpation ein. Mikroskopische Untersuchung zeigte, daß die Tumorelemente aus degenerierten glatten Muskelzellen bestanden. Das ganze Gewebe zeichnete sich durch besondere Mannigfaltigkeit der Zellen aus. Außerdem konnte man zuweilen eine große Menge vielkerniger Zellen und eine Menge von Teilungsfiguren beobachten.

Sitzung vom 7./20. Januar 1902.

Priv.-Doz. A. J. Iwanow: Zur Kasuistik der Palliativbehandlung des Uteruskarzinoms durch Unterbindung der Beckengefäße.

In den Fällen, wo die radikale Operation des Uteruskarzinoms schon unmöglich ist, hat I. die Unterbindung der Beckengefäße, d. h. Arterien der Ligg. rotunda, der Ovarien, Spermaticae und Hypogastricae nach Jonnesco ausgeführt. I. hat diese Operation in 5 Fällen ausgeführt, wobei in einem Falle der Uterus schon früher per vaginam entfernt und die Unterbindung der Gefäße wegen

Karzinomrecidiv gemacht wurde. In allen Fällen wurde die Diagnose durch mikroskopische Untersuchung bestätigt. Indikation zur Operation war in allen Fällen Unmöglichkeit, die radikale Operation auszuführen, d. h. wenn man nicht hoffen konnte, daß eine schwache Pat. eine langdauernde Operation von Entleerung des kleinen Beckens, die $1^1/_2$ und mehr Stunden dauert, aushalten wird. In allen Fällen wurden gute Resultate erhalten.

Bei einer Kranken waren während $^1/_2$ Jahre nach der Operation Regel, Blutung, Sekretion aus der Vagina, Schmerzen nicht vorhanden. Pat. nahm 15 Pfund an Gewicht zu; jetzt sind 15 Monate seit der Operation vorüber, und Pat. fühlt sich wohl.

Die 2. Pat. wurde am 18. April 1901 operiert; im November waren noch keine Regeln vorhanden; es ist jetzt nur geringer Ausfluß vorhanden, und Pat. klagt über Schmerzen.

Die 3. Pat. wurde am 12. Juni 1901 operiert und nach 46 Tagen entlassen; Pat. nahm 7 Pfund an Gewicht zu; die Regeln traten im November wieder ein.

Die 4. Pat. wurde am 17. Mai 1901 operiert, nach 51 Tagen entlassen; Pat. nahm 12 Pfund zu. Menstruation ist noch nicht eingetreten.

Bei der 5. Pat. wurde der Uterus mit den Adnexen im Juli 1900 entfernt; Rezidiv; am 14. November 1900 Unterbindung der Gefäße; am 16. Dezember entlassen, nahm 4 Pfund zu. Nach 4 Monaten neue Blutung. Ausbrennung mit Paquelin wirkte nicht; Tod im Oktober. I. meint, daß die Resultate in diesem Falle weniger günstig waren, weil der Kollateralkreislauf schon früher, nach der Unterbindung der Uteringefäße und Art. spermatica interna, die während der radikalen Operation ausgeführt wurde, gebildet war. Die Unterbindung der Art. hypogastrica konnte nicht genügend den Blutkreislauf im Becken vermindern.

Da I. meint, daß die Frage, welche Arterien bei Bildung des Kollateralkreislaufes Bedeutung haben, nur auf dem Sektionstische entschieden werden kann, so müssen auch 1 oder 2 Arterien, die das Hüftbein ernähren, auch die Art. epigastrica inferior nach der Bildung des Kollateralkreislaufes unterbunden werden.

Diskussion. Priv.-Doz. Kalabin verordnet bei inoperablem Karzinom Vaginalausspülungen mit Chlorzink (1 Theelöffel auf 6 Glas Wasser von 35°) einige Male täglich, Jodoformkügelchen in die Vagina, Arsen-, auch zuweilen Eisenpräparate und Styptika innerlich. Die Kranken bleiben bei dieser Behandlung $1^1/_2$—2 Jahre am Leben. Was die Prognose betrifft, so muß man sehr vorsichtig sein, da Karzinommassen die Ureteren infiltrieren können, und die Kranken dann an Urämie sterben. K. hofft, daß man in kurzer Zeit ein Mittel zur Behandlung des Karzinoms erfinden wird.

Prof. Stroganoff hat vor 8 Jahren auf Grund der Arbeiten, die als Ursache des Karzinoms Mikroorganismen, die ihrer Natur nach denen der Malaria ähnlich sind, erkennen, bei inoperablem Karzinom Chinin- und Arsenpräparate anzuwenden begonnen, und kam zum Schlusse, daß diese Mittel die Entwicklung des Karzinoms verzögern. In der Literatur ist ein Fall von radikaler Heilung eines Hautkrebses mit Arsen beschrieben. Zur Behandlung des Karzinoms haben wir folgende Mittel: 1) Behandlung nach Finsen; 2) Behandlung mit Serum; 3) modifizierte Arsenbehandlung; auch elektrische Behandlung, die Mikroorganismen tötet, kann nützlich sein. Arsen wird zu Vaginalausspülungen angewandt (1—2 Theelöffel von Solutio Fowleri auf 1 Liter Wasser, 1mal täglich mit kurzen, $1^1/_2$wöchentlichen Pausen). Man muß auch dabei Ausspülungen mit Formalin, Kali hypermanganicum, Acetum pyrolignosum machen.

Priv.-Doz. Anufriew: Durch Unterbindung der Blutgefäße können wir nicht die Entwicklung der Neubildung auf dem Wege der Lymphgefäße verhindern. A. hat das Acidum arsenicosum zu Injektionen und Einschmierungen bei Hautkarzinom angewandt; es trat aber nur auf kurze Zeit Narbenbildung ein. Ein gutes Mittel zur Blutstillung bei inoperablem Uteruskarzinom ist der einfache Dührssensche Apparat.

Dr. Michin: Die Operation nach Jonnesco ist so kompliziert, daß sie bei inoperablem Karzinom kaum indiziert ist, besonders da die übrigen Behandlungs-

methoden dieselben Resultate geben. Von Arseninjektionen hat M. auch gute Resultate erhalten.

Priv.-Doz. Iwanow: Bei Unterbindung der Beckengefäße kann man auch Ausschabung und Ausbrennung ausführen. Radikale Operation per vaginam gibt nur in 30% der Fälle vollständige Heilung; die Operation per abdomen ist noch zu neu und eine Statistik über die Dauerresultate ist nicht vorhanden. Die Operationsmethode hängt ab von der Lage der Kranken und von der Art der Verbreitung des Karzinoms.

Priv.-Doz. Alexandrow: Über die Undurchgängigkeit des Darmes nach Laparotomie.

In der Mehrzahl der Fälle wird Undurchgängigkeit des Darmes nach Laparotomien nur infolge der Verwachsung des Darmes allein oder zusammen mit dem Netze zum Stiele des Tumors beobachtet. Die Versuche von Dembowski, Walthard, Grater u. a., auch die früheren klinischen Beobachtungen von Olshausen, Kaltenbach, Küstner u. a. zeigten, daß Ligaturen Ursache dieser Adhäsionen sind. Auch Zweifel und Schauta sind derselben Meinung und nur Schiffer und Senger meinen, daß Ursache der Undurchgängigkeit trockene Sterilisation ist. A.'s Fall, der mit Heilung nach wiederholter Laparotomie endete, bestätigt die Meinung früherer Autoren über die Ursache der Undurchgängigkeit der Därme bei diesen Bedingungen. Der andere Fall, bei dem Angiotripsie der Ligg. lata mit Ligaturanlage angewandt wurde, sowie die Versuche an Thieren zeigen noch eine andere Ursache der Undurchgängigkeit — Mortifikation der Gewebe von Vasomotoren mit nachfolgender Adhäsion der Därme und des Netzes an dieser Stelle. Dieser Fall bestätigt auch Adenot's Meinung, daß nach Entfernung großer Tumoren das Kolon, im Falle von Atrophie oder ungenügender Entwicklung des Lig. phrenico-colicum sich herunterläßt und den Winkel des absteigenden Teiles desselben vermindert, was Undurchgängigkeit verursacht. Wiederholte Laparotomie hat die Pat. nicht gerettet, aber die Ursache der Krankheit geklärt.

Auf Grund dieser Beobachtungen zieht A. folgende Schlüsse: 1) Kompression der Gefäße muß in der Abdominalchirurgie nicht angewandt werden; 2) die einzige wirksame Behandlung der Undurchgängigkeit des Darmes ist wo möglich früh wiederholte Laparotomie, bei welcher man die feuchte Sterilisation infolge der Trockenheit der Därme der trockenen vorziehen muß.

Diskussion. W. M. Onufriew: Die Ursachen der Undurchgängigkeit der Därme sind sehr verschieden. Einige schreiben sie der Entblößung des Stieles, andere sogar der Trendelenburg'schen Lage bei Vernähung der Bauchwunde zu. Auf 600 Laparotomien hatte O. nur einmal Undurchgängigkeit. Wiederholte Laparotomie wurde von der Pat. abgeschlagen.

Priv.-Doz. N. J. Pobjedinski: Osteomalakie und Behandlung derselben.

Während im Auslande Fälle von Osteomalakie nicht selten vorkommen, konnte P. in Rußland nur 27 Fälle sammeln, von denen 23 im Puerperium beobachtet beobachtet wurden. In seinen 3 eigenen Fällen hat P. supravaginale Uterusamputation zusammen mit den Adnexen ausgeführt, wobei der Stiel in die Bauchhöhle heruntergelassen und die Bauchwunde zugenäht wurde. Alle Kranken genasen.

Schlüsse: 1) Die Ursache der Osteomalakie ist bis jetzt unbekannt. Am besten befriedigt die Fehling'sche Theorie. Von den 78 von Wengel gesammelten Fällen von Kastration bei Osteomalakie wurde in 70 bedeutende Verminderung der Schmerzen und die Möglichkeit, die Extremitäten zu gebrauchen, beobachtet; 6 Kranke starben nicht lange nach der Operation und nur bei 2 trat keine Besserung nach der Operation ein. Somit sprechen für Kastration: a. Besserung des Allgemeinbefindens, b. Unmöglichkeit wieder schwanger zu werden, was die Krankheit verschlechtert. 2) Schwangerschaft bei Osteomalakie muß zu jeder Zeit künstlich unterbrochen werden, wobei die Krankheit selbst, nicht aber die Ver-

engung des Beckens die Operation indiziert. 3) Auf Anpassung des Beckens bei Osteomalakie bis zum Eintritt der Geburt kann man nicht immer rechnen; darum muß man in den Fällen, wo ein unzweifelhaftes Hindernis vorhanden ist, die Geburt nicht per vias naturales leiten, da Fälle von Beckenschädigung bekannt sind. 4) Der Kaiserschnitt ist auch bei relativer Beckenverengung indiziert, wobei man entweder die Porro'sche Operation oder totale Uterusexstirpation oder den konservativen Kaiserschnitt mit Kastration ausführen muß. 5) Nach Beendigung der Geburt bessert sich gewöhnlich der Zustand der Kranken. In den Fällen, wo nach Geburt oder Abort die Osteomalakie weiter schreitet, muß man die Kastration ausführen. 6) Die Erfolge nach der Phosphorbehandlung sind nicht so sicher, wie die nach der Kastration. Die Behandlung mit Ovariumpräparaten hat keinen Nutzen gebracht.

Diskussion. Prof. Stroganoff kann nicht damit übereinstimmen, daß man bei Osteomalakie zusammen mit den Ovarien auch den Uterus total entfernen oder supravaginal amputieren muß. Es ist sicher, daß Kastration auf Osteomalakie sehr gut wirkt, da die Möglichkeit des Eintrittes einer Schwangerschaft aufgehoben wird. Es ist aber kein Grund vorhanden, den Uterus zu entfernen. Wenn man den Uterus wegen Osteomalakie entfernt, so macht man es einerseits ohne Indikation, andererseits erschweren wir die Operation.

Dr. Matwjeew: Hypnose in der Geburtshilfe.

M. hat in 45 Fällen in der geburtshilflichen Praxis Hypnose angewandt und sehr gute Wirkungen damit erreicht. Die Kreißende schlief danach sehr gut, die Atmung war nur während der Wehen etwas beschleunigt. Es wurde Hypnose bei 28 normalen Geburten ausgeführt, wobei bei 20 keine Schmerzen während der Geburt vorhanden waren; bei 3 waren keine Schmerzen nur während der Eröffnungsperiode; 5 Kreißende konnten nicht hypnotisiert werden. Bei Ausschabung wegen eines inkompletten Abortes wurde 2mal Hypnose mit gutem Erfolge angewandt. In einem Falle von Hyperemesis gravidarum (Pat. erbrach 30—40mal am Tage) war der Erfolg glänzend schon nach einigen Sitzungen; in einem anderen Falle aber wurde keine Wirkung beobachtet. Wegen verschiedener Schmerzen während der Schwangerschaft wurde in 6 Fällen, im Puerperium in 5 Fällen Erfolg beobachtet: in 5 Fällen bei sehr starken Nachwehen, in einem Falle bei habitueller Verstopfung. Es wurde mit der Hypnose bei normalen Geburten in 10 Fällen 1½ Monate vor der Geburt, in 18 Fällen unmittelbar vor der Geburt begonnen.

Schlüsse: 1) Man kann bei Schmerzen in den meisten Fällen sehr leicht einen tiefen hypnotischen Schlaf mit Erscheinungen der Katalepsie hervorrufen. 2) Die Schmerzen wegen der Wehen verschwinden in der Mehrzahl der Fälle vollständig oder werden viel geringer. 3) Die Wehen werden stärker und regelmäßiger. (4 Viele ungünstige Erscheinungen während der Geburt, wie Erbrechen, Schmerzen etc. verschwinden unter der Wirkung der Hypnose. 6) Die Meinung von Prof. Charcot, daß man hypnotischen Schlaf nur bei hysterischen Personen hervorrufen kann, ist unrichtig: es wurde hypnotischer Schlaf mit Erscheinungen von Katalepsie in allen Fällen ohne Auswahl beobachtet. 6) Das Verschwinden des Schmerzsinnes ist von der Tiefe des Schlafes nicht abhängig, man kann aber nicht genau sagen, daß in allen Fällen während der Geburt keine Schmerzen auftreten. 7) Schlechte Einwirkungen der Hypnose wurden für Mutter und Kind nicht beobachtet. 8) Um einen tiefen hypnotischen Schlaf im Falle hervorzurufen, wo er wegen starker Schmerzen nicht auftritt, ist geringe Menge von Chloroform genügend.

Diskussion. Priv.-Doz. Anufriew hat Hypnose in 2 Fällen von Hyperemesis gravidarum mit gutem Erfolge angewandt. Pat. haben 20—30mal am Tage erbrochen; es sollte schon die Schwangerschaft künstlich unterbrochen werden. Nach 2 Hypnosesitzungen hörte Erbrechen nach 2—3 Tagen auf, und die Schwangerschaft verlief bis zum Schlusse vollständig normal. Man muß deshalb weitere Untersuchungen über die Einwirkung der Hypnose in der geburtshilflichen Praxis anstellen.

Priv.-Doz. Kalabin rät große Vorsicht bei Anwendung der Hypnose bei Kreißenden an, da nach ihr verschiedene Nerven- und psychische Krankheiten beobachtet wurden.

Dr. Untilow: Die Pflege des Nabels eines Neugeborenen.

Unentbehrliche Bedingung bei der Pflege des Nabelschnurrestes ist strenge Asepsis. Nach Angaben von Dr. Miller starben bei Anwendung eines Ölverbandes 53% der Neugeborenen an Nabelentzündung; nachdem man Runge's Mischung anzuwenden begonnen hat, verminderte sich die Mortalität bis 33%. Phagonski hat verschiedene Methoden der Behandlung des Nabelschnurrestes untersucht: Verband mit Gips, Talk, Runge'scher Mischung, hygroskopischer Watte, und gibt dem Gips den Vorzug. Godlewski untersuchte 30%ige Jodoformgaze, 2%ige Karbollösung, trockene Leinewand, die in Olivenöl eingetaucht wurde, kohlensaure Magnesia, Epstein's Verband, und zieht auch Gips vor. Priv.-Doz. Ljwow schlug Wismuth mit Jodoform vor, später verzichtete er aber auf diese Methode. Dann wurden Dermatol, Strohkohle, Kali hypermanganicum, weißer Leim, Spiritus vorgeschlagen. Andere Forscher versuchten den Zutritt des arteriellen Blutes sicher bei Anwendung der Antisepsis abzubrechen. Zu diesen Methoden gehört die von Martin vorgeschlagene. U. hat diese Methode in 36 Fällen mit gutem Erfolge angewandt: der Nabelschnurrest wurde schnell trocken, nach innen hineingezogen und fiel am 4.—5. Tage ab, ohne Grund zur Infektion zu geben. Streupulver ist nicht nötig; das Kind kann man baden. Diese Methode verlangt aber große Übung; wenn man die Zange nicht stark anglüht, so wird sie nicht leicht von der Nabelschnur abgesondert und es tritt sekundäre Blutung ein.

In der geburtshilflichen Klinik zu Moskau wird die Nabelschnur folgenderweise behandelt: sie wird mit einer sterilen Seidenligatur unterbunden und mit steriler Schere durchschnitten; nach dem ersten Bade wird der Nabelschnurrest mit Hilfe von hygroskopischer Watte abgetrocknet und mit Gips bestreut. Bei folgenden Bädern wird der Verband bis zum vollständigen Abfall des Nabelschnurrestes gewechselt. Nach 48 Stunden ist der Nabelschnurrest vollständig trocken mumifiziert. In 80% (6500 Fälle) fiel der Nabelschnurrest bis zum 6. Tage (in 42% am 6. Tage, in 28% am 5. und in 10% am 4. Tage); in 20% nach dem 6. Tage ab. Auf die Zeit des Abfalles des Nabelschnurrestes hat auch die Dicke der Nabelschnur Einfluß.

Schlüsse: 1) Bei der Pflege der Nabelschnur müssen alle Forderungen der Asepsis erfüllt werden. 2) Martin's Methode entspricht nicht allen Forderungen: sie ist nicht einfach und kann gefährliche Komplikationen nach sich ziehen. 3) Trockener aseptischer Verband ist ungenügend, man muß irgend ein antiseptisches Mittel anwenden; am besten eignet sich dazu Gips. 4) Die Methode muß einfach und billig sein, was für die arme Dorfpraxis sehr wichtig ist.

Diskussion. Priv.-Doz. Kalabin wendet seit 16 Jahren Gips zur Bestreuung der Nabelschnurrestes an und hat kein einziges Mal Erkrankung des Nabels beobachtet. In den Kliniken von Berlin und Paris wird Gips nicht angewandt, da er nicht sterilisiert werden kann. **M. Gerschun** (Kiew).

Neueste Literatur.

4) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. Hft. 2.

1) G. Wiener (Kohlgrub-München). Ein Adenomyom mit papillären Auflagerungen.

Über mannskopfgroßer Tumor, dessen daumenbreiter Stiel an der rechten Uteruskante inserierte und der außerdem im Douglas und an der hinteren Beckenwand adhärent war. Die 53jährige Nullipara litt außerdem an einem Nabelbruch und an Scheidenprolaps. Kolporrhaphia anterior und posterior, Laparotomie. Der

Uterus selbst und seine Adnexe waren völlig normal. Der nierenförmige, vielknollige Tumor bestand aus fibromyomatösem Gewebe, an dem hyaline und fettige Degeneration, sowie ödematöse Durchtränkung vielfach nachweisbar waren. Die degenerativen Prozesse hatten im Zentrum zu Cystenbildungen geführt. In der Nähe der Oberfläche fanden sich Drüsenpackete und einzelne Drüsen eingesprengt mit cylindrischem Epithel, das stellenweise Flimmerbesatz trug. Zwischen den Cylinderzellen fanden sich sehr viel größere Zellen, die W. als sezernierende Zellen auffaßt. Der Geschwulststiel bestand aus derbem Bindegewebe mit eingelagerten Muskelbündeln; er enthielt eine größere einkammerige Cyste. Die einzelnen Geschwulstknollen waren mit papillären Exkreszenzen besetzt, die ebenfalls aus Muskelgeweben und fibrösen Fasern bestanden. Das auffallend reichlich entwickelte, reine Myomgewebe im Zentrum des Tumors, die Einlagerung von Drüsen an seiner Peripherie, seine ganze Form, sein Ursprung von der Seitenkante des Uterus charakterisieren ihn als voluminöses paroophorales Adenomyom im Sinne Pick's. Der Verlauf der Rekonvaleszenz bei der Pat. war normal. Da die Geschwulst völlig entfernt werden konnte, ist ein Rezidiv nicht zu erwarten.

2) H. Brüning (Leipzig). Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane im Kindesalter.

Von zwei in der Leipziger Kinderklinik zur Sektion gekommenen Fällen, wird der eine in extenso mitgeteilt: 4jähriges Kind mit allgemeiner Drüsen- und Organtuberkulose, Perforationsperitonitis von einem tuberkulösen Darmgeschwür aus, doppelseitige tuberkulöse Salpingitis, Uterustuberkulose, vereinzelte Tuberkel in den Ovarien.

Im Anschluß an den Fall wird eine recht gute Zusammenstellung der bisher bekannten Fälle von Genitaltuberkulose im Kindesalter gegeben. Ätiologie, Häufigkeit, Diagnose und die pathologischen Veränderungen an den einzelnen Abschnitten des Genitaltraktus werden in klarer und eingehender Darstellung besprochen.

3) E. Kraus (Wien). Nachweis von Gonokokken in den tiefen Schichten der Tubenwand.

In einem Falle von gonorrhoischer Salpingitis (vaginale Totalexstirpation) konnten im ampullären und präampullären Teile der Tube Gonokokken nachgewiesen werden, und zwar im Schleimhautepithel, im Schleimhautstroma, in der Muskelschicht (zwischen zweitem und drittem Drittel gegen die Serosa hin), in den peripheren Partien der Tubenwand und im subserösen Gewebe. — Die Tuben waren kleinfingerdick, ihre Fimbrienenden offen. Sie enthielten Eiter mit nur spärlichen Gonokokken. Die Verdickung des uterinen Tubenabschnittes betraf besonders die Muscularis, am abdominalen Ende war auch die Schleimhaut stark infiltriert. Färbung: Borax-Methylenblau. Die Gramfärbung fiel negativ aus. Die Infektion ist wahrscheinlich durch das Fimbrienende aufs Peritoneum und von hier durch die Tubenserosa in die Tubenwand hinein erfolgt. Die Pat. ging an Peritonitis zugrunde. Der positive Gonokokkennachweis in der Tubenwand gelingt deshalb so selten, weil das geeignete Material infolge der konservativen Behandlung der gonorrhoischen Salpingitis der histologischen Untersuchung immer seltener zugänglich wird.

4) J. Koch (Berlin). Typhusbazillen in der Tube.

28jährige Pat., die vor 12 Jahren Typhus durchgemacht hat, weist ein schleimig-eitriges Exsudat im Douglas, einen kleinapfelgroßen cystischen Ovarientumor links und eine rechtsseitige Salpingitis auf. Laparotomie, Entfernung der Cyste. Aus der rechten Tube wird Sekret zur bakteriologischen Untersuchung entnommen. Es fanden sich neben einem saprophytischen Bakterium echte Typhusbazillen. Der Exsudateiter erwies sich als steril. Ob die Infektion vom Darme auf das Peritoneum und von hier aus durch das abdominale Tubenostium vorgeschritten war oder ob die Tube vom Uterus aus infiziert wurde, läßt K. unentschieden. Den letzteren Weg hält er für wahrscheinlicher wegen der nachgewiesenen Mischinfektion. Eine hämatogene Infektion glaubt er in seinem Falle ablehnen zu können.

5) Krebs (Breslau). Über Gebärmutterzerreißung während der Geburt.

8 Fälle aus der Posener Hebammen-Lehranstalt (Toporski) werden ausführlich mitgeteilt. Diagnostisch war bemerkenswert, daß erhebliche Blutungen und schwerer Kollapszustand fast immer fehlten. Einen schweren Eindruck machen nur die infizierten Fälle. Ausschlaggebend für die Diagnose ist die bimanuelle Untersuchung in Narkose. Bezüglich der Mechanik der Ruptur acceptirt K. die Lehren von Bandl und Freund. Nur bei Fixation der Cervix und des Muttermundes kommt es zu einer Cervixruptur, andernfalls zu einer Scheidenruptur. K. betont aber, daß auch bei platten Becken, wo eine Fixation der Cervix nicht im ganzen Umkreis, sondern nur an der Symphyse und am Promontorium statthat, eine Cervixruptur ohne Mitbeteiligung der Scheide erfolgen kann (2 eigene Fälle, 21 Fälle aus der Zusammenstellung von Klien). Bei Querlage beginnt die Spontanruptur aber stets in der Scheide. Ist das Kind schon geboren oder leicht zu extrahieren, blutet es nicht, so ist die Tamponade möglich. Ist das Kind in die Bauchhöhle ausgetreten, so ist die Extraktion durch den Riß nicht zu empfehlen, sondern die Laparotomie vorzunehmen. Dabei kann man die Naht des Risses versuchen oder bei ungünstigen Wundverhältnissen die supravaginale Amputation ausführen. Bei bereits eingetretener Infektion ist die Totalexstirpation, vaginal oder abdominal, das beste Verfahren.

Hft. 3.

1) J. Bondi (Wien). Über den Bau der Nabelgefäße.

Die Untersuchungen umfaßten ca. 100 Nabelschnüre und wurden in der Klinik Schauta angestellt. Die Schnitte wurden immer wenigstens aus drei verschiedenen Partien der Nabelschnur (fötales, placentares Ende und Mitte) entnommen. Die Nabelarterie weist stets zwei Muskellagen auf: eine äußere, dicke Ringmuskulatur, arm an Bindegewebe und elastischer Substanz und eine innere, zarte Längsmuskulatur mit viel Bindegewebe und viel elastischer Substanz. Zwischen den beiden Muskellagen fand sich oft eine zusammenhängende elastische Membran, die Grenze zwischen Intima und Media. Die innere Muskellage gehört daher der Intima an. Ab und zu war stellenweise auch eine äußere Längsmuskelschicht an der Nabelarterie vorhanden. Die Buckelbildungen an der Arterie sind Kontraktionserscheinungen. Klappen- oder Faltenbildung fehlt stets. Die Arterie verläuft stets spiralig und macht zuweilen Eigendrehungen, die zur Verengerung des Lumens führen und Faltenbildung vortäuschen können. An der Nabelvene ist unter dem Endothel stets eine gut ausgebildete, elastische Grenzmembran vorhanden; Venenklappen fehlen. Die Nabelgefäße sind in ausgezeichneter Weise zu einem plötzlichen Gefäßverschluß eingerichtet. Die Ringmuskulatur verengt das Lumen, die Innenmuskulatur bringt es zum Verschluß durch Vortreiben des Endothels, wobei ihr Reichtum an elastischen Fasern ihr sehr zu statten kommt. Der spiralige Verlauf der Gefäße und ihre gelegentlichen Eigendrehungen spielen bei der Obliteration sicherlich eine geringere Rolle.

Die zum Teil abweichenden Resultate früherer Untersucher erklären sich aus der Untersuchungstechnik. B. ahmte den natürlichen Zustand der Gefäße dadurch nach, daß er sie mit Gelatine injizierte, wodurch cylindrische Röhren mit Ausgleichung der Spiralwindungen entstehen. Außerdem ist die elektive Elastikafärbung (Orceïnfärbung, Weigert'sches Verfahren), mit Ausnahme von Haberda, von keinem bisherigen Forscher angewandt worden.

2) M. Semon (Danzig). Über Komplikation der Geburt mit Ovarialtumoren. Ovariotomia abdominalis intra partum mit nachfolgender Entbindung per vias naturalis.

23jährige Ipara; Kind in Fußlage. Portio maximal nach oben verdrängt durch einen kindskopfgroßen Tumor, der das ganze kleine Becken ausfüllte und die hintere Scheidenwand stark vorwölbte. Bereits am Abend vorher Blasensprung,

zur Zeit der Untersuchung kräftige Wehen. Kindliche Herztöne 120. Wahrscheinlichkeitsdiagnose Myom oder Dermoid. Repositionsversuch erfolglos.

Laparotomie: Eventration des Uterus, Entwicklung des im Becken eingekeilten Tumors (rechtsseitiges Endothelioma ovarii). Abbindung des gefäßreichen Stieles (Seide). Das unveränderte linke Ovarium wurde zurückgelassen. Reposition des Uterus. Während der Bauchdeckennaht (in 3 Etagen) Auftreten von Preßwehen. Bald darauf Geburt eines ausgetragenen, lebenden Kindes unter leichter Manualhilfe. Wochenbett normal. Primäre Heilung der Laparotomiewunde ohne spätere Hernienbildung. Die Pat. konzipierte bald darauf wieder. Der Uterus war an der Laparotomienarbe adhärent. Verlauf der zweiten Schwangerschaft normal, spontane Geburt. S. empfiehlt die Ovariotomie intra partum ohne gleichzeitige Sectio caesarea in derartigen Fällen. Gegebenenfalls ist sie vaginal auszuführen (bei cystischen, nicht adhärenten, gut gestielten Tumoren), sonst abdominal. Forzierte Repositionsversuche sind gefährlich, weil Stieldrehung und Ruptur der Cyste eintreten können. Ein derartiger Fall, in welchem S. am 4. Wochenbettstage mit Erfolg die Laparotomie ausführte, wird ausführlich mitgeteilt. Entbindungsversuche vor Beseitigung des Geburtshindernisses sind in jedem Falle ein Fehler. Die Punktion hat nur bei cystischen Tumoren Erfolg. Bei Dermoiden ist die breite vaginale Inzision von der Scheide aus vorzuziehen. Die Sectio caesarea ist nur dann zu machen, wenn die abdominale Ovariotomie nicht genügt, bei inoperablen Tumoren ausgedehnten Verwachsungen, intraligamentäre Entwicklung.

3) J. A. Amann jun. (München). **Zur Technik der transperitonealen Exstirpation des karzinomatösen Uterus mit Beckenausräumung, mit besonderer Berücksichtigung der Ureterdeckung und der Drainage der Beckenhöhle.**

A. hat seine Methode etwas modifiziert. Er beginnt nach querer Abtrennung der Recti von der Symphyse mit der Ausräumung der inneren Inguinaldrüsen mit samt ihren Lymphbahnen. Das Beckenwandbindegewebe wird bis zum Beckenausgang herab hart am Becken entfernt. Dabei ist es wichtig, die Art. vesicalis zu schonen. Sie wird deshalb freipräparirt. Dadurch wird einer postoperativen Cystitis vielleicht vorgebeugt. Die Ureteren werden stets vollkommen isoliert, späterhin aber sehr sorgfältig gedeckt. Sie werden seitlich der Rektumwand angelagert. Die von der vorderen Beckenwand abgelöste Blase wird nach hinten geschlagen und kommt auf die vordere Mastdarmwand zu liegen. Die seitlichen Blasenpartien werden außen um die Ureteren herum an die Rektumwand genäht. Die Ureteren und Rektum werden also von der Blase gleichsam umwickelt. Die oberen Zipfel des Blasenperitoneums werden oben seitlich an die Musculi ileopsoas angenäht. Die Ureteren finden auf diese Weise bessere Ernährungsbedingungen. Die nach der Ausräumung des Beckens restierende große Wundhöhle schließt sich bei richtiger Drainage schnell. Die Drains kommen mit den Ureteren gar nicht in Berührung. In die Vagina wird nur wenig Jodoformgaze gelegt. In die seitlichen Beckengruben kommt ebenfalls nur wenig Gaze, die durch die seitlichen Wundwinkel nach oben herausgeleitet wird. Die Hauptdrains aus Glas oder Gummi werden paravaginal durch die großen Schamlippen herausgeführt. Sie bleiben lange liegen und dienen zeitweise zur Ausspülung der Wundhöhle mit Kochsalzlösung oder Alkohol.

4) C. Ahlefelder (Greifswald). **Klinische und anatomische Beiträge zur Genitaltuberkulose des Weibes.**

15 Fälle werden ausführlich mitgeteilt. Die Genitaltuberkulose ist vorwiegend eine Krankheit des zeugungsfähigen Alters und bedingt Sterilität infolge von Unwegsamkeit der Tuben. Der Nachweis hereditärer Belastung hat für die Diagnose keine große Bedeutung. Exakte Diagnosenstellung ist schwer, wenn nicht tuberkulöser Ascites vorhanden ist. Die tastbaren Veränderungen der Tuben sind bei den Anfangsstadien wenig ausgeprägt. Die Therapie bestand in Laparotomie (5 Fälle), Kolpotomie mit und ohne Tubenresektion (5 Fälle) und Totalexstirpation (3 Fälle). 3 Todesfälle infolge der gleichzeitigen vorgeschrittenen Lungentuberkulose, die eine Kontraindikation für chirurgische Eingriffe bildet, resp. an Me-

ningitis. Die anderen Fälle hatten eine glatte Rekonvaleszenz und sind, so weit feststellbar, auch weiterhin in der Besserung erheblich fortgeschritten.

5) Krönig (Leipzig). Zur Frage der Verwertbarkeit der Lungenschwimmprobe bei Keimgehalt der Uterushöhle.

Der positive Ausfall der Lungenschwimmprobe kann weder bei frischen noch bei faulen Früchten entscheiden, ob das Kind geatmet hat oder nicht.

K. hat bereits früher eine Stäbchenart als anaërobe Gasbildner in den fötalen Lungen beschrieben. Er bringt mehrere Abbildungen seiner bereits publizierten Präparate. An denselben sieht man die Stäbchenbakterien an der Innenwand der entfalteten Alveolen in dichter Anordnung. Für eine Gasbildung im Lungengewebe sprechen besonders die subpleural gelegenen Gasblasen und die Übereinstimmung des Befundes mit dem einer Schaumleber, wovon ein Präparat zum Vergleiche beigefügt ist. Die genannten anaëroben Bakterien finden sich unter normalen Verhältnissen nicht im Scheidensekret, das somit für das kindliche Leben in utero keine Gefahr in sich birgt.

6) J. Hertzka (Wien). Über das Eindringen von Badewasser in die Scheide von Schwangeren und Gebärenden und über die Zweckmäßigkeit des Bades bei denselben.

Die von Stroganoff an Stelle des Bades empfohlenen Waschungen der Kreißenden sind in der Klinik Chrobak eingeführt und an ca. 1500 Gebärenden angewandt worden. Sie werden auf einer flachen Blechwanne vorgenommen, deren Mitte vertieft ist. Hier fließt das Waschwasser ab. Die Frauen werden unter fließendem, in einem Mischapparat temperierten Wasser gewaschen und haben sich nie über diese Prozedur beklagt. Früher mußten sämtliche Gebärende der Klinik Chrobak (3500 jährlich) in einer Badewanne gebadet werden. Die Reinigung der Genitalien und des ganzen Körpers gelingt mit der neuen Methode bequemer und besser. Die Annahme von Sticher und Stroganoff, daß das Badewasser beim Bade in die Vagina hineindringt, erwies sich bei Kontrollversuchen allerdings als irrig. H. setzte ebenso wie Sticher den saprophytischen Prodigiosus dem Badewasser zu und fand sämtliche Sekretproben aus der Vagina (18 Fälle) frei von Prodigiosus. Er wandte besondere Vorsichtsmaßregeln an, um die Technik der Sekretentnahme ganz einwandfrei zu gestalten. Er führte vor dem Bade einen sterilen Tampon in die Vagina ein, der mittels eines Fadens in ein steriles, aus der Scheide herausragendes, wasserdicht abgeschlossenes Röhrchen gezogen werden konnte. Auf diese Weise war eine Verschleppung von Badewasser, das noch an der Vulva haften konnte, ausgeschlossen. Der Tampon, von hinten her in das Röhrchen gezogen, konnte entfernt werden, ohne einer nachträglichen Verunreinigung ausgesetzt gewesen zu sein. Die entgegengesetzten Resultate Sticher's finden daher in der Untersuchungsmethode ihre Erklärung.

7) M. Runge (Göttingen). Ein Wort zur Hebammenreform.

Die preußische Hebamme entspricht den berechtigten Anforderungen nicht. Zunächst ist sie mangelhaft vorgebildet, geistig und ethisch zu schlecht ausgerüstet. Sie lernt mechanisch auswendig und wird meistens Hebamme wegen der Notwendigkeit, sich und ihre Angehörigen zu versorgen. Das Examen fällt gut aus, sehr bald aber macht sich oft eine Degeneration bemerkbar. Das Handeln der Hebamme wird laxer oder direkt gemeingefährlich. Das Verhältnis von Hebamme und Arzt ist oft ein unrichtiges. Weiterhin ist der Hebammenunterricht mangelhaft. Es ist ein mechanisches Einpauken in kurzer Zeit. Das naturwissenschaftliche Denken wird nicht genügend geschult. Das preußische Hebammenlehrbuch entspricht nur der heutigen Vorbildung der Schülerinnen; es geht zu wenig tief. An vielen Hebammenschulen ist das geburtshilfliche Material zu gering. Endlich ist die materielle Lage der Hebammen einer dringenden Verbesserung bedürftig. Besser gebildeten Frauen soll die Zulassung zum Hebammenberuf erleichtert werden. Das betreffs der Zulassung angestellte Vorexamen soll umfangreich und gründlich sein und sich auf körperliche und geistige Veranlagung, Charakterstärke und Pflichtgefühl beziehen. Für gebildete Mädchen und Frauen

eignet sich in der Medizin der Ärzteberuf gar nicht. Für den Hebammenberuf besitzen viele derselben eine hervorragende Begabung. Der Unterricht muß allermindestens ein Jahr dauern und im ersten Teile des Kursus wesentlich naturwissenschaftlicher Art sein. Er soll nur an Anstalten erteilt werden, wo mindestens 10 Geburten auf eine Schülerin kommen. Von den Kliniken darf der Hebammenunterricht keinesfalls getrennt werden. Dagegen soll die Hebamme von der Gynäkologie ganz ferngehalten werden. Der Staat soll das Hebammenwesen wieder selbst in die Hand nehmen. Die Übertragung der Verwaltung an die Provinzialbehörden war ein verhängnisvoller Fehler. Der Titel »Hebamme« ist unbeliebt und erweckt die Vorstellung von niederen Dienstleistungen beim Publikum. Die Bezeichnung »Helferin« wäre vielleicht passender. **Stoeckel** (Bonn).

Verschiedenes.

5) **C. Hirst** (Pennsylvania). Metrorrhagie bei jungen Mädchen und bei alten Frauen.

(Therapeut. gaz. 1901. Dezember.)

Metrorrhagie bei jungen Mädchen ist die Folge einer glandulären oder interstitiellen Endometritis. Sie darf nicht vernachlässigt werden und ist durch die Curettage zu heilen, die event. zu wiederholen ist. Auch muß jede Ursache eines vermehrten Blutandrangs nach dem kleinen Becken zu beseitigt werden.

Metrorrhagie bei alten Frauen kann — abgesehen von malignen Erkrankungen — veranlaßt sein durch Korpus- oder Cervicalpolypen und begleitende Endometritis.

G. Frickhinger (München).

6) **Sternberg** (Wien). Experimentelle Untersuchungen über pathogene Bastomyceten.

(Verhandlungen der Deutschen pathologischen Gesellschaft in Hamburg 1901.) Berlin, **Georg Reimer**, 1902.

S. sucht durch exakte Tierversuche festzustellen, welche Reaktion auf die Impfung mit Saccharomycesarten im Tierkörper erfolgt, insbesondere, ob es möglich ist, durch Saccharomyceteninvasion eine wirkliche maligne Neubildung zu erzielen. Als Versuchstiere benutzte er Kaninchen, Mäuse, Ratten, Meerschweinchen und Hunde. Die Injektion wurde abwechselnd subkutan, intrakutan, subdural, intraperitoneal, intravenös, interstitiell in Brustdrüse und Hoden, schließlich sogar in die Vena portae und den Ductus choledochus vorgenommen. Zur Injektion verwendete S. 15 Stammkulturen. 6 davon erwiesen sich bei der bakteriologischen Untersuchung als Oidien. Die übrigen 9 waren echte Hefen, darunter Stämme von Busse, Sanfelice und Leopold. Die Hefe von Sanfelice war enorm widerstandsfähig, Leopold's Kulturen hatten ihre Virulenz verloren. Während nun die Oidien (namentlich bei intravenöser Invasion) eine akute Überschwemmung des tierischen Organismus hervorriefen und durch eine septische Nephritis den Tod des Tieres herbeiführen, bleiben die Hefen zuweilen lokal; in vielen Fällen verbreiteten sie sich jedoch ebenfalls auf dem Blut- selten auch auf dem Lymphwege. Die Hefen können eigentümlicherweise fast vollkommene Reinkulturen im tierischen Organismus (»sog. Pseudotumoren«) ohne besondere Reaktion des Wirtes bilden; im anderen Falle reagieren die Gewebe mit wahrer Entzündung (z. B. der serösen Häute und parenchymatösen Organe). Die Niere endlich bildet durch den Reiz der Hefeninvasion eine Art von Granulationsgeschwulst mit riesenzellenhaltigen Knötchen nach Art der Fremdkörpertuberkulose. Der frühe Tod des Tieres macht es unmöglich, das Schicksal dieser eigentümlichen Formation weiter zu verfolgen. Das Hauptergebnis der mühevollen und so vielseitigen Versuche bleibt, daß es in keinem Falle gelang, durch irgend welche Art von Injektion sicher pathogener Oidien- oder Saccharomyceskulturen eine wahre, gut- oder bösartige Neubildung zu erzeugen. **Kroemer** (Gießen).

7) **Waldstein** (Wien). Über ein retroperitoneales Hämatom, eine stielgedrehte Ovarialcyste vortäuschend.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 10.)

Das Hämatom, welches durch Trauma bei der 27jährigen Pat. entstanden und durch erneute nachfolgende Läsionen gewachsen war, täuschte alle Symptome eines stielgedrehten, cystischen Ovarialtumors vor, welcher bei seinem Wachstum vor und über den Uterus gewandert und durch die Stieltorsionsveränderungen fixiert, nur bis zu einem gewissen Grade beweglich geblieben war. Bei der Operation fand sich eine mannskopfgroße, retroperitoneale Cyste, welche den Dünndarm nach rechts verdrängt hatte, das Mesocolon descendens aufgelagert trug und lateral vom Colon descendens begrenzt war. Die Auslösung war relativ leicht, schwer nur an der Hinterwand, wo in der Gegend der rechten Nebenniere ein stielartiges Gebilde zur Unterbindung kam. Die rechte Nebenniere wurde größtenteils mit entfernt. Drainage des Wundbettes. Rekonvaleszenz gestört durch die langwierige Fistel und eine vorübergehende Infiltration der Bauchwunde. Die histologische Untersuchung ergab außer normalem Nebennierengewebe am Tumorstiel nur einen konzentrisch geschichteten bindegewebigen Cystensack mit Fibringerinnseln und Blutkoagula verschiedenen Alters. Die Epikrise bespricht in erschöpfender Weise die Unmöglichkeit einer genauen Diagnose. W. schließt mit der interessanten Aufzählung der klinisch analogen Fälle von Nieren,- Nebennieren-, Darm- sowie Pankreascysten resp. Hämatomen. **Kroemer** (Gießen).

8) **Saxer** (Leipzig). Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermoide und Teratome.

(Ziegler's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. XXXI. p. 452.)

S. bringt weitere Einwände gegen die Wilms'sche Lehre, daß Ovarialdermoide ovigenen intrafollikulären Ursprungs seien, und daß sie sich durch ihren dreiblättrigen Aufbau als solche charakterisieren.

Er beschreibt ein haselnußgroßes Dermoid der Harnblase mit Abkömmlingen des äußeren und mittleren Keimblattes, ähnlich einem von Danzel-Martini mitgeteilten Rektaltumor, ebenso einen isolierten, in ein sonst völlig normales Ovarium eingebetteten Zahn, der neben einem Corpus luteum lag, schließlich geschwulstartige, scheinbar maligne Wucherungen embryonaler nervöser Substanz (Neuroepithel) in Teratomen des Ovarium, wie er selbst sie in Ziegler's Beiträgen Bd. XX p. 399 bereits aus Chiari's Institut an einem Hirntumor aus einem Säuglingshirn geschildert hat. Ein solcher Tumor ist der von Backhaus im Archiv für Gynäkologie Bd. LXIII (Festschrift für Zweifel) mitgeteilte, zunächst als Ovarialkarzinom gedeutete; die Pat. ging an Metastasen ein. Es handelt sich also um Malignität eines echten »embryonalen« Gewebes, d. h. eines solchen, welches normalerweise nur beim Embryo vorkommt. Dasselbe Bild gab ein kolossales Teratoma ovarii eines 15jährigen Mädchens. Desgleichen echte teratoide Metastasen sind mehrfach beschrieben (s. Original), teils als Impfmetastasen in peritoneo, teils als regionäre Lymphdrüsenmetastasen. Aus den histologischen Verhältnissen der in anderen Körperregionen gefundenen Teratome geht jedenfalls die vollständige Identität mit denen des Ovarium hervor; insbesondere teilen sie mit diesen die Eigenschaft des Aufbaues aus 3 Keimblättern, von denen gelegentlich gerade wie bei Ovarialdermoiden (Neck-Nauwerck) eines oder das andere fehlen kann. Die Auffindung wirklich embryonalen (im obigen Sinne) Gewebes und seine maligne Degeneration zeigt, daß die einschlägigen Fragen noch lange nicht geklärt sind. Die Wilms'sche Bezeichnung »Embryom« hält S. für unrichtig gewählt. **B. Bosse** (Chemnitz).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 31. Januar.** **1903.**

Inhalt.

I.

(Aus der Frauenabteilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau. Primärarzt: Dr. Robert Asch.)

Nachteile der Ventrofixation.

Von
Dr. R. Gradenwitz.

Bezugnehmend auf die vor kurzem erfolgte Veröffentlichung von Kreutzmann[1] möchte auch ich mir erlauben, auf einige Nachteile hinzuweisen, die das von uns prinzipiell verworfene Operationsverfahren der Ventrifixura uteri in seinem Gefolge hat, und zwar sowohl die Anheftung der vorderen Uterusfläche an der Bauchinnenwand als auch die der Uterusfundusecken oder Ligamentansätze. Ehe wir dazu gelangt waren, in fast allen Fällen von einfacher und komplizierter Retroflexion die Alexander-Adams'sche Methode an-

[1] Kreutzmann, Ist die Annähung der Gebärmutter an die vordere Bauchwand (Ventrofixation, Ventrifixur des Uterus) eine berechtigte Operation? Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 50.

zuwenden[2], was seit ca. 5 Jahren mit bestem Erfolge der Fall ist — bei Komplikationen wird der Alexander'schen Operation eine hintere Kolpotomie zwecks Lösung von Adhäsionen, Entfernung von Adnextumoren etc. vorausgeschickt —, haben auch wir eine Reihe von Pat. durch Ventrifixur von ihren Retroflexionsbeschwerden zu heilen versucht. Daß dieses letztere uns vollauf gelungen ist, daß das Drängen nach unten, die Kreuzschmerzen, die Druckerscheinungen auf den Mastdarm u. a. m. alsbald beseitigt waren, ist gern zuzugeben. Berücksichtigen wir aber das spätere Befinden der Pat. und ziehen wir auch die von anderer Seite mittels Ventrifixur operierten Fälle in Betracht, die wir poliklinisch nachzubehandeln oft Gelegenheit hatten, so finden wir, daß das spätere Befinden der Frauen ihren Angaben und unserer Überzeugung nach oft wesentlich schlechter war als das vor der Operation. Es traten durch die unnatürliche Verlagerung und durch die Fixation der normalerweise beweglichen Gebärmutter besonders um die Zeit der Periode und im Anschluß an dieselbe heftige Beschwerden auf, die ihren dauernden Ausdruck schließlich in einer chronischen Metritis fanden, welche selbst der sorgfältigsten und langdauerndsten Behandlung oft hartnäckig trotzten. Diese metritischen Beschwerden werden von manchen Ärzten viel zu gering geachtet; sie können durch ihren zahlreichen Symptomenkomplex — dessen Schilderung nicht hierher gehört — sehr wohl die schlimmsten Erscheinungen, und besonders im körperlich arbeitenden Stande völlige Invalidität bedingen. Natürlich muß man sich hier, wie überall heutzutage, vor Pat. hüten, die in dem Bestreben, Invaliditätsrente zu erlangen, ihre Beschwerden übertreiben. Ob die Metritis durch Hemmung des Blutabflusses infolge der Lageveränderung hervorgerufen wird, ob lokale Ernährungsstörungen durch die gelegten Suturen mitspielen, ob die Fixation durch perimetritische Reizerscheinung sekundär zur Metritis führt oder welche Ursachen sonst hier mitspielen, ist wohl schwer festzustellen; die Tatsache besteht, daß der Tastbefund wie die subjektiven Beschwerden an dem häufigen Auftreten einer Metritis und Perimetritis post ventrifixuram keinen Zweifel aufkommen lassen. Als Beispiel diene Fall 1. Die zweite Gefahr besteht in den nicht so selten beobachteten Störungen des normalen Geburtsverlaufes, wofür ich in Fall 2 einen Beweis erbringen zu können glaube. Die dritte, wohl größte Gefahr besteht darin, daß an der Fixationsstelle der Uterus durch seine Schwere gezerrt wird, wodurch sich eine bandartige Anheftung, ein Ligamentum suspensorium fundale medium (Fritsch) ausbildet, welches durch Darmeinklemmung zum Ileus führen kann und auch schon geführt hat. Dieses Ligament bietet nur Gefahren und ist dabei nicht einmal imstande, den Uterus in der gewünschten Lage zu erhalten. Zum Beweise hierfür wie für die nicht von der Hand

[2] Gradenwitz, Dauerresultate der Alquié-Alexander'schen Operation. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1901. Bd. XIII. Hft. 5.

zu weisende vierte Gefahr der Hernie, die doch bei jeder Laparotomie in gewissem Grade besteht, hier aber besonders groß ist, dienen die Fälle 3, 4 und 5. Die letzten zwei Frauen waren Privatpatientinnen meines Chefs, der so liebenswürdig war, mir die Veröffentlichung der Fälle zu überlassen. Fall 1, der als Beispiel für die durch Ventrifixur bedingte Metritis und Perimetritis dienen möge, ist kurz folgender:

I. Die 22jährige Nähterin Anna T. gelangte am 1. Juli 1901 auf der Frauenabteilung des Allerheiligenhospitals zur Aufnahme. Im November 1900 war wegen Retroflexio uteri mobilis von einem erstklassigen Operateur bei ihr eine Ventrifixur vorgenommen und nach freundlicher Mitteilung des betreffenden Herren Pat. geheilt entlassen worden. Bei ihrer Aufnahme bestand eine hochgradige Metritis des mit seiner linken Fundusecke der Bauchwand fest adhärenten Uterus. Trotz mehr als vierwöchentlicher, sorgfältiger, klinischer Behandlung ließen die überaus heftigen Beschwerden nicht nach, so daß wir uns schließlich zu einer erneuten Operation entschlossen, die am 2. August 1901 von Herrn Dr. Asch ausgeführt wurde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte es sich, daß eine Excavatio vesicouterina völlig fehlte. Der Uterusfundus war nach links verlagert, mit seiner linken Ecke an der Bauchwand adhärent, während die Blase mit ihrer Hinterwand dem metritischen Corpus uteri fest aufgeheftet war. Nachdem dieselbe teils stumpf, teils mittels Paquelins abgetrennt und hierdurch eine normale Excavatio vesicouterina wieder hergestellt, zahlreiche Adhäsionen zwischen Uterus, Beckenwand und Bauchinnenfläche meist stumpf gelöst waren, erlangte der Uterus seine normale Beweglichkeit wieder. Die Adnexe zeigten keine wesentlichen Veränderungen. Da der Uterus die Tendenz aufwies, in völlige Retroversionsstellung zu sinken, wurde nunmehr bei noch offener Bauchhöhle — die durch angeschlungene Bauchservietten geschützt war — die Alexander-Adams'sche Operation ausgeführt. Vor Schluß der Bauchhöhle konnten wir uns von der nunmehr vorzüglichen Lage des Uterus durch den Augenschein überzeugen; bei völliger Normallage war die Beweglichkeit nicht gehindert. Nach 4 Wochen wurde Pat. geheilt entlassen und stellte sich nach Jahresfrist in bestem Gesundheitszustande vor.

II. Die 39jährige Schneiderin Clara L. kam am 22. Mai 1902 zur Aufnahme. Bei der Pat. war am 30. August 1897 auf unserer Abteilung eine kindskopfgroße Parovarialcyste per laparotomiam entfernt und im Anschluß daran der in mobiler Retroflexion liegende Uterus nach Olshausen ventrofixiert worden. Nach 3 Wochen geheilt entlassen, war Pat. metritischer Beschwerden wegen wiederholt später bei uns behandelt worden. Im Oktober 1900 entband sie in einer Klinik; das Kind mußte, da die Geburt trotz guter Wehen nicht von statten ging, schließlich mittels Zange entwickelt werden; nach Expression der Nachgeburt soll es zu einer sehr starken Nachblutung gekommen sein. Zur Zeit befand sich Pat. am richtigen Endtermin einer Schwangerschaft; kräftige Wehen bestanden seit ca. 10 Stunden. Wir warteten, als trotz guter Wehen der in Beckenmitte in erster Lage stehende, nicht übermäßig große Kopf nicht tiefer trat, ruhig ab; die Schmerzen der Pat. wurden aber allmählich nach weiteren 10 Stunden so heftig, die uns als sehr verständig bekannte Pat. geberdete sich so verzweifelt und gab dabei so genau die Gegend der Uterusfixationsstellen als einzige Schmerzpunkte an, daß wir, um sie zu erlösen, schließlich das Kind durch Anlegen der Zange entwickelten. Das kräftige Kind hatte keine Umschlingung der übrigens 92 cm langen Nabelschnur, die etwa für die Erschwernis des Tiefertretens hätte verantwortlich gemacht werden können. Die Schmerzen der Pat. sind unseres Erachtens hier nur durch die voraufgegangene Ventrifixur bedingt gewesen, zumal eine später vorgenommene Austastung des Beckens uns von dessen völlig normaler Beschaffenheit überzeugte.

III. Frau Anna F. wurde am 10. Juni 1901 auf der Frauenabteilung des Allerheiligenhospitals aufgenommen. Am 21. Juli 1900 war bei der Pat. von

autoritativer Seite laut Mitteilung wegen Retroflexio uteri fixata et Salpingo-Oophoritis dextra nach Trennung der Adhäsionen und Entfernung der rechten Adnexe eine Ventrifixur vorgenommen worden; der suprasymphysäre Querschnitt gelangte zur Anwendung. Wegen heftiger, seit mehreren Monaten bestehender Beschwerden im Unterleib suchte Pat. unsere Hilfe nach. Der Aufnahmebefund ergab eine faustgroße, in der Mittellinie dicht über der Narbe unter der gesunden Haut gelegene Aponeurosen-Bauchhernie mit etwa 10Pfennigstückgroßer Bruchpforte; der Uterus lag anteflektiert, retroponiert und schien mit der Bauchwand nur durch lockere Adhäsionen in Verbindung zu stehen; breitbasig war er an derselben sicher nicht fixiert. Die linken Adnexe waren in einen kleinhühnereigroßen, druckempfindlichen Tumor verwandelt, während der rechtsseitige Adnexstumpf wohl infolge von Adhäsionen sehr schmerzhaft war. Die überaus heftigen Klagen veranlaßten uns auch hier zu erneutem operativem Vorgehen am 12. Juni 1901 (Operateur: Herr Primärarzt Dr. Asch). Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte es sich, daß der Uterus tatsächlich nur durch einen dünnen, 7 cm langen Strang mit der Bauchinnenwand in Verbindung stand. Eine dem rechten Adnexstumpf aufsitzende Darmschlinge wurde abgelöst, sodann die linken, eine Tuboovarialcyste darstellenden Adnexe exstirpiert und im Anschluß hieran der Uterus supravaginal amputiert. Ein Blick auf den Uterus mit seiner den Därmen gelegten Schlinge ließ die Gefahr erkennen, welche die Lockerung der Adhäsion darstellt. Nach reaktionsloser Heilung wurde Pat. am 9. Juli 1901 geheilt entlassen und ist ihrer Mitteilung nach seither völlig gesund.

IV. Die 43jährige Frau J. konsultierte Herrn Dr. Asch im Mai 1894. Sie hatte vor 20, 19, 15 und 9 Jahren vier Entbindungen durchgemacht, war dann wegen Blutungen zweimal ausgekratzt und vor Jahresfrist von einem ersten Operateur wegen Retroflexio uteri mittels Ventrifixur operiert worden. Seit 3 Monaten bestehen Kreuz- und Rückenschmerzen, besonders heftig zur Zeit der und im Anschluß an die Periode. Die Untersuchung ergab eine kolossale Hernie in der Bauchnarbe, sowie eine hochgradige Metritis. Jede Bewegung des Uterus bei der bimanuellen Untersuchung, ja jeder Schritt rief die heftigsten Beschwerden hervor. Trotz Tragens einer Leibbinde und wiederholter Behandlung der stets bald residivierenden Metritis (für deren Entstehung andere Ursachen ausgeschlossen werden konnten) litt Pat. andauernd an so fürchterlichen Schmerzen, daß ihr erneute Operation vorgeschlagen wurde. Aber abgeschreckt durch die schlimmen Erfahrungen des ersten Eingriffes wollte sie hierein nicht willigen und so wurde ihr Zustand erst erträglich, als der Hausarzt eine ausgedehnte Opium- und Morphiumtherapie als traurigen Notbehelf einleitete.

V. Die 37jährige Frau K. suchte Herrn Dr. Asch im Mai 1897 auf. Im Anschluß an eine vor 7 Jahren durchgemachte Entbindung hatte sie eine bewegliche Gebärmutterknickung acquiriert, derenwegen ein Gynäkologe die Ventrifixur vornahm. 2 Jahre später wurde sie wieder gravid und bekam während der Schwangerschaft einen Bauchbruch. Die derzeitigen Beschwerden bestanden in andauernden Schmerzen in der Bauchnarbe, sowie täglichem, heftigem Erbrechen. Die Untersuchung ergab eine große Hernie in der Mitte der sehr langen Bauchnarbe; dieselbe war zwar reponierbar; es trat aber sofort so heftiges Erbrechen ein, daß es unmöglich war, den Bruch in Reposition zu erhalten. Nach wiederholten diesbezüglichen Versuchen nahm Herr Dr. Asch die Herniotomie vor, die zwecks Verhütung neuer Schwangerschaften und hierdurch eventuell bedingter neuer Hernienbildung mit einer beiderseitigen Tubenunterbindung verknüpft wurde. Nun trat schnelle Heilung ein, die auch andauerte.

Wenn wir nun unsere Ansichten über den mangelnden Nutzen und ersichtlichen Schaden der Ventrifixur als Schlußfolgerungen formulieren, so gestalten sich diese folgendermaßen:

1) Die an den Ligamentstümpfen vorgenommene Ventrifixur nach Entfernung von Adnextumoren ist an sich ungerecht-

fertigt. Besteht Retroversion oder Neigung dazu, so bleibt die Ventrifixur überflüssig, wenn die Stümpfe nicht zusammengeschnürt, sondern durch partielle Ligaturen mit isolierter Übernähung gebildet werden.

2) Die an den Ligamentstümpfen bezw. -ansätzen vorgenommene Ventrifixur ohne Operation an den Adnexen ist verwerflich, da sie die Gefahren einer Taschenbildung bietet und ein besseres Resultat durch die Alexander-Adams'sche Operation erreicht wird.

3) Die an der Vorderwand des Fundus vorgenommene Ventrifixur gewährleistet am sichersten die Heilung von der Retroflexion, ist aber verwerflich, da sie die Gefahren der Metritis, Bauchnarbenhernie, Schwangerschafts- und Geburtsstörungen verursacht. Bei Ausziehung eines Ligamentes kommt hierzu Ileusgefahr. Als Ersatz diene Alexander-Adams, event. nach vorausgeschickter hinterer Kolpotomie, im Klimakterium bisweilen Vaginifixur.

So leicht und glatt die Ventrofixation verläuft, so wird man doch, wenn man die unsäglichen Beschwerden von Frauen, die an konsekutiven Metritiden oder Hernien leiden, zu behandeln hat, von diesem Operationsverfahren bald zurückkommen und dasselbe durch eine der anderen uns zur Verfügung stehenden Methoden ersetzen. Wir müssen Herrn Kreutzmann Dank wissen, daß er als beredter Warner den Kampf gegen die Ventrifixur eröffnet hat.

II.

(Aus dem Wöchnerinnenasyl zu Mannheim. Direktor: Medizinalrat Dr. Mermann.)

Sectio caesarea und Ovariotomie wegen eingekeilten Ovarialtumors.

Von
Dr. Georg van der Briele,
Assistenzarzt.

Wie über die Frage der operativen Behandlung der Ovarialtumoren während der Schwangerschaft noch keine völlige Einigung erzielt ist, so ist auch die Frage der Behandlung von Ovarialtumoren, die durch Einkeilung ein Geburtshindernis abgeben, noch strittig und wohl auch nicht im allgemeinen nach einheitlichem Vorgehen zu behandeln. Da diese Einkeilungen eines großen Ovarialtumors sehr selten sind, so interessiert es immerhin, jeden einzelnen Fall und die Reflexionen, auf die hin die Behandlung geleitet wurde, zu veröffentlichen. Im Septemberheft vorigen Jahres der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie hat Dr. Semon-Danzig im Anschluß an einen von ihm operierten Fall eine sehr gute Übersicht aller Behandlungs- und Operationsmöglichkeiten und auch ein aus-

führliches Literaturverzeichnis gegeben. Der in unserer Anstalt beobachtete Fall verlief folgendermaßen:

Frau W., VIpara, 30 Jahre alt. 1902. J. -Nr.816.

Nach Angabe der Frau verliefen alle früheren Geburten ohne Kunsthilfe. Letzte vor 2 Jahren. Bei allen Geburten ist das Fruchtwasser sehr früh abgegangen. Bei der letzten ungefähr 8 Tage vor der Niederkunft. In der Zwischenzeit will sie irgend welche Beschwerden, die auf einen Tumor hindeuten, nicht gehabt haben. Letzte Menstruation Anfang März.

Die Frau kommt am 17. November 1902 um $8^3/_4$ Uhr nachmittags ins Asyl mit der Angabe, daß sie Wehen eigentlich noch nicht habe, daß aber schon seit morgens 8 Uhr Fruchtwasser abgehe.

Äußerer Befund: Mittelgroße Frau von blassem Aussehen und dürftigem Ernährungszustand. Innere Organe ohne Besonderheiten.

Gebärmuttergrund handbreit über Nabelhöhe. Rücken nicht sicher zu fühlen. Rechts seitlich ein runder, harter, ballotierender Teil. Herztöne rechts unterhalb des Nabels, kleine Teile nicht zu fühlen. Beckeneingang frei.

Innerer Befund: Der touchierende Finger kommt auf einen großen runden Teil, welcher das ganze hintere Scheidengewölbe ausfüllt. Derselbe zeigt eine glatte Oberfläche, ist prall elastisch, ziemlich derb, zeigt keine Fluktuation. Der Muttermund liegt sehr hoch vorn, dicht über der Symphyse, er ist quer verzogen und für einen Finger knapp durchgängig. Man hat zuweilen das Gefühl, als ob man gegen einen kleinen ballotierenden Teil stieße. Scheidenteil erhalten. Die Frau läßt spontan Urin, derselbe ist klar.

Auf Grund dieses Befundes mußten wir die Diagnose offen lassen zwischen Retroversio uteri gravidi oder aber Tumor. Gegen die Annahme der Retroversio wird aber das Fehlen von Blasenerscheinungen geltend gemacht.

Da sich im Falle einer Retroversio der Uterus während der Wehen spontan aufrichten kann, wird zunächst unter sorgfältiger Beobachtung des Allgemeinbefindens, Temperatur, Puls, abgewartet. Die Frau läßt wiederholt spontan Urin. Die Wehen haben bisher in mäßiger Stärke und rhythmischen Intervallen angehalten.

Am 20. November 1902 $^1/_2 7$ Uhr nachmittags ist der äußere Befund unverändert. Herztöne dicht unterhalb des Nabels, etwas rechts von der Mittellinie. Untersuchung in Narkose: Scheidenteil ist noch erhalten, Muttermund für 2 Finger durchgängig, aber noch immer quer verzogen, hoch hinter der Symphyse, sehr schwer erreichbar. Man stößt auf einen kleinen Teil, wahrscheinlich Hand. Der Tumor im hinteren Scheidengewölbe zeigt noch dieselben Verhältnisse. Von dem Uterus läßt sich derselbe nirgends abgrenzen. Die Reposition mit der Hand gelingt nicht. Die Portio wird mit 8 Kugelzangen gefaßt und herabgezogen. Dieselbe hängt wie ein schlaffer Appendix am Uterus und geht sofort nach Nachlassen der Kugelzangenextension wieder hinter die Symphyse.

Der Tumor läßt sich nicht in die Höhe schieben, auch hierbei gelingt es nicht, denselben palpatorisch vom Uterus abzugrenzen. Da trotz dieser hochgradigen Einklemmung absolut keine Störungen von seiten der Blase bestehen, so kann es sich nicht um eine Retroversion der späteren Monate, sogenannte Veit'sche Retroversio uteri gravidi handeln, denn alle bekannten klinischen Bilder dieser Erkrankungsform haben als prävalierende Symptome schwere Blasenerscheinungen. Per exclusionem bleibt also nur die Differentialdiagnose zwischen Uterusmyom und Ovarialtumor. Und alle Überlegungen führten zu der Diagnose Ovarialtumor. Eine dritte Möglichkeit, an die man durch eine vor kurzer Zeit erfolgte Demonstration von Olshausen in der Berliner gynäkologischen Gesellschaft gebracht wurde, nämlich das Vorhandensein eines im Uterus unter das Promontorium eingekeilten fötalen Sakraltumors, konnte ihrer extremen Seltenheit wegen außer Berechnung gelassen werden.

Eine etwas später vorgenommene Untersuchung in Knie-Ellbogenlage ergab denselben Befund, und auch ein zweistündiges Verweilen in dieser Lage zeigt die Unmöglichkeit, den Tumor zu reponieren. Die Wehen halten gleichmäßig an, die

kindliche Hand kommt soweit tiefer, daß man jetzt im Portiospalt hoch hinter der Symphyse deutlich die Finger fühlen kann.

Damit ist die Möglichkeit, daß die Frau spontan niederkommen kann, ausgeschlossen. Der Tumor, welcher das Geburtshindernis abgibt, muß, da er sich nicht reponieren läßt, entfernt werden. Eine Punktion des Tumors und damit eine Entleerung derselben würde wahrscheinlich nicht zum Ziele führen, denn in sehr vielen Fällen handelt es sich entweder um eine vielkammerige Cyste oder um ein Dermoid, dann entleert man wohl einen kleinen Teil des Inhalts, aber doch nicht genug, um die Geburt beendigen zu können, außerdem hat man dann eine Kommunikation der Bauchhöhle mit dem Tumorinhalte. Breite Inzision des Tumors mit nachträglicher Nahtfixation der Tumorwand mit der Scheide nach Fritsch würde vielleicht eher zum Ziele führen, jedoch ist das auch unsicher. Von einer vaginalen Sectio caesarea konnte selbstverständlich nicht die Rede sein, da der Uteruskörper ja ganz in der Bauchhöhle war, und der Uterus weder durch vordere noch durch hintere Kolpotomie erreichbar gewesen wäre. Bei der Unsicherheit, das den Weg verlegende Hindernis in irgend einer Weise vom Uterus abgrenzen zu können, konnte auch vaginale Ovariotomie nicht ernstlich in Betracht gezogen werden.

Es wurde daher von vornherein Sectio caesarea und nachherige Entfernung des Tumors ins Auge gefaßt und nur für den Fall, daß der Tumor sich auch bei unentleertem Uterus ganz leicht hätte entfernen lassen, wäre ausschließlich die Ovariotomie gemacht. Aber auch selbst für den Fall der leichten Entfernung des Tumors hatte man Bedenken, die Geburt per vias naturales zu beendigen, da man nach der Laparotomie bei dem wenig eröffneten unteren Uterinabschnitte Wehen hätte wirken lassen müssen, die für Stiel und Laparotomiewunde unvorteilhaft gewesen wären, und weil doch nachher bei der Querlage der Frucht noch eine innere Wendung hätte nachgeschickt werden müssen.

Operation am 21. November 1902. Operateur: Med.-Rat Dr. Mermann.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle und nach Hervorwälzen des Uterus ergab sich aber sofort die Unmöglichkeit, auch in der steilen Beckenhochlagerung der Pat. den fest unter dem Promontorium eingekeilten Tumor nur im geringsten mobil zu machen. Es wurde deshalb Sectio caesarea in typischer Weise, wie sie in unserer Anstalt üblich ist, mit der Eröffnung des Uterus in der Medianlinie gemacht, und nach Entfernung von Frucht und Placenta, die durch den Schnitt getroffen war, durch exakte Naht des Uterus geschlossen. Keine Blutung, nachher gute Kontraktionen. Das Kind (1900 g schwer, 45 cm lang) war tief asphyktisch und konnte trotz Schultze'scher Schwingungen usw. nicht wieder ins Leben zurückgerufen werden. Der sehr verkleinerte Uterus wird versenkt, und jetzt läßt sich der große Tumor mit der Hand umgreifen und mit ziemlicher Kraftaufwendung nach rechts hin unter dem Promontorium durch in die Höhe schieben. Bei diesem Herausdrängen unter dem Promontorium hervor, reißt, vom Promontorium verursacht, der Tumor an der Spitze ein und es entleert sich gallertiger Inhalt in die Bauchhöhle.

Der Tumor ist eine über kindskopfgroße multilokuläre Gallertcyste des rechten Ovarium mit außergewöhnlich dicken Wandungen. Der breite Stiel läßt sich leicht versorgen. Der Tumor samt der für sich unterbundenen Tube wird entfernt.

Toilette der Bauchhöhle mit trockenen Tupfern, um möglichst wenig von der ausgetretenen Gallertflüssigkeit zurückzulassen. Bauchnaht.

Der Wochenbettverlauf war, mit Ausnahme einer fieberhaften Bronchitis in den ersten Tagen, ein glatter.

Der Tumor von der oben bezeichneten Größe ist überall von einer glatten Wandung, welche in der Gegend des Stieles derb und fest, in dem nach der freien Bauchhöhle zu gelegenen Ende dünner wird, umgeben. Auf dem Durchschnitte zeigt sich, daß der Tumor aus einer großen Anzahl größerer und kleinerer fächerförmig angeordneter Hohlräume besteht, welche in der Gegend des Stieles aus einem massiven, lockeren Gewebe bestehen, nach der Peripherie zu dagegen mit einer klaren, gallertigen Flüssigkeit angefüllt sind. Bei Durchsicht der Präparate

im Mikroskop konnten Stellen, welche auf Malignität hinweisen, nirgends gefunden werden. Es handelt sich also um eine gutartige multilokuläre Gallertcyste des rechten Ovariums.

Auch dieser Fall zeigt wieder, daß bei den verschiedenen topographisch-anatomischen Verhältnissen und bei der Verschiedenartigkeit der Natur der Geschwülste bei Geburtserschwerung durch eingekeilte Ovarialtumoren eine einheitliche Norm sich nicht aufstellen läßt, sondern daß je nach dem Falle operativ vorgegangen werden muß. In unserem Falle handelte es sich um eine absolute Indikation zur Sectio caesarea, da der den Weg verlegende Tumor weder durch Verkleinerung noch Wegschieben, noch Entfernung von unten oder von oben vor dem Kaiserschnitt außer Aktion zu setzen war.

Für die Überlassung des Falles und die Unterstützung bei dieser Arbeit spreche ich Herrn Med.-Rat Dr. Mermann meinen verbindlichsten Dank aus.

Anm. bei der Korrektur. Inzwischen hat Füth in der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig einen analogen Fall demonstriert (Zentralblatt für Gynäkologie 1902 Nr. 51). Er war ebenfalls genötigt, die Sectio caesarea zu machen, bevor er an den Ovarialtumor, ein Dermoid, herankommen und dasselbe entfernen konnte.

III.

Primäre Bauchhöhlengravidität auf einem Netzzipfel.

Von

Dr. **Kurt Witthauer** in Halle a/S.

Die Kasuistik der Extra-uterin-Schwangerschaften ist eine so große, daß ich sie nicht noch um einen Fall vermehren würde, wenn er nicht ein sehr seltenes Vorkommnis darstellte. Er ist interessant nicht nur dadurch, daß wir es zweifellos mit einer primären Bauchhöhlenschwangerschaft zu tun haben, sondern besonders durch den absonderlichen Sitz des Eies.

Auf dem Ligamentum latum, im Douglas, der hinteren Uteruswand, der vorderen Bauchwand ist das Haften und die Einbettung des Eies beobachtet worden, daß es sich aber primär auf einem Netzzipfel niedergelassen hat, ist beim Menschen, soweit ich die Literatur habe studieren können, noch nicht bewiesen.

Leisering beschreibt in der Wochenschrift für Tierheilkunde Nr. 8 im Jahre 1863 eine Bauchhöhlenschwangerschaft bei einer Katze. Es fand sich nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Gegend des Schaufelknorpels eine mit dem Netz mehrfach in fester Verbindung stehende, länglich runde, reichlich $1^1/_2$ Zoll lange, 1 Zoll dicke Geschwulst vor, die als ein Lipom angesehen wurde. Bei näherer Betrachtung stellte sich indes heraus, daß man es mit einem verschrumpften Fötus, der noch in seinen Eihüllen steckte, zu tun hatte. Eine genauere Untersuchung erwies die Eierstöcke und Muttertrompeten vollkommen gesund. An dem rechten Horn der nicht

ausgedehnten oder sonst veränderten Gebärmutter fand sich hingegen, etwa $^1/_4$ Zoll von der Eintrittsstelle des Eileiters entfernt, dem rechten breiten Mutterband gegenüber, das Netz an einer kleinen Stelle adhärent; rings um diese Stelle zeigten sich ganz leichte Falten in dem serösen Überzug des Gebärmutterhorns. Nach Eröffnung des betreffenden Horns stellte es sich mit Sicherheit heraus, daß hier die Uterinsubstanz durch und durch in ihrem Zusammenhange zerstört gewesen und bei einer später eingetretenen Verheilung das Netz in die Narbe eingetreten war.

Es handelte sich hier also wahrscheinlich nicht um eine primäre Bauchschwangerschaft, sondern das Ei war durch Uterusruptur in die Bauchhöhle ausgetreten und in eine in der Nähe befindliche Netzpartie gelangt, wo es abstarb und gewissermaßen eingekapselt wurde.

Ferner demonstrierte Bruno Wolff[1] in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie am 27. Juni 1902 einen bei der Sektion eines Kaninchens in der linken Seite der Bauchhöhle gefundenen Fruchtsack. Dieser enthielt einen reifen, auffallend stark behaarten, bereits etwas macerierten Fötus mit der Placenta und stand in fester Verbindung mit einem Stück Netz, das von der Milz und dem Magen her in die Bauchhöhle herabhing. Sonst lag der Eisack überall vollkommen frei; insbesondere bestand kein Zusammenhang mit irgend einem Abschnitt des Geschlechtsapparates. An dem frischen Präparat war an dem betreffenden Stück Netz, an dem der Fruchtsack saß, eine reichliche Gefäßentwicklung zu bemerken. Ein ganz ähnliches Präparat wie dieses hat kürzlich Kamann in München demonstriert.

Das Präparat von Wolff stammt von der Sektion eines Tieres her, das Wolff einige Monate zuvor zu experimentellen Zwecken operiert hatte, und zwar hatte er aus dem rechten Uterushorn ein ca. 2 cm langes Stück herausgeschnitten und die Schnittflächen miteinander vernäht.

Wolff glaubt, daß die innige Verwachsung mit dem Netz, die hier lediglich an der Stelle, an der die Placenta eingebettet ist, besteht, für die Annahme einer primären Bauchhöhlenschwangerschaft spricht, daß ein sicheres Urteil aber erst nach Vornahme der mikroskopischen Untersuchung zu fällen sein wird.

Ich beobachtete nun im Anfang vorigen Jahres folgenden Fall:

Frau B., 23 Jahre alt, aus Bitterfeld, ist hereditär nicht belastet, war bis zu ihrer Verheiratung immer gesund. Seit 14 Jahren Menses, immer regelmäßig, 5 Tage dauernd, mäßig stark. Vorher gewöhnlich einen Tag Schmerzen, welche zuweilen Bettliegen erforderten. Im Jahre 1899 gebar sie zum ersten Mal im 8. Monate; sie hatte 4 Tage Wehen, das Kind starb nach 6 Tagen. Wochenbett zunächst normal, am 10. Tage starke Blutung, die 2 Tage dauerte und nach Entfernung von Nachgeburtsresten stand. Nach 6 Wochen traten die Menses wieder ein und waren regelmäßig, bis neue Schwangerschaft eintrat, während die Frau

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 34.

B. öfter Schmerzen im Leibe empfand und die wieder im 8. Monate am 4. Dezember 1900 vorzeitig endete. Die Wehen waren zuerst schwach; als sie stärker wurden, ging sie selbst zur Hebamme und kam, kaum wieder zu Hause angelangt, rasch nieder. Das Kind lebt, Wochenbett verlief normal. Nach 6 Wochen traten wieder die Menses ein und das Befinden blieb gut bis zum Oktober 1901; damals blieben die Menses aus, Pat. fühlt sich unwohl und erbrach öfter. Sie war sehr schwach und klagte über Schmerzen im Leib. Ende Dezember kamen Blutungen, die sie für menstruelle hielt, das Blut war schwarz und »zerrig«, doch sollen keine Häute abgegangen sein.

In der Nacht vom 31. Dezember zum 1. Januar traten heftige Schmerzen ein und in den nächsten Tagen danach wieder Blutung. Aufnahme ins Diakonissenhaus am 13. Januar:

Frau B. ist eine kleine, zierliche Frau, die sehr anämisch aussieht. Sie klagt über Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Die Organe der Brusthöhle sind normal, ebenso die der Bauchhöhle, nur im Douglas fühlt man bei kombinierter Untersuchung weiche, knirschende Blutgerinnsel und rechts einen kleinen runden Tumor. Der Uterus ist etwas vergrößert, die Scheide erscheint aufgelockert, die rechten Anhänge sind druckempfindlich.

Auf Grund der Anamnese und des Befundes stellte ich die Diagnose »Tubenabort«, verordnete strenge Ruhe und Ichthyoltampons in die Vagina, sagte aber dem Ehemanne gleich, daß eine Operation möglicherweise ganz plötzlich nötig werden könnte. Schon am Mittag des nächsten Tages gegen 2 Uhr traten heftige Schmerzen auf, Pat. kollabierte und wurde wachsbleich; der Leib aufgetrieben, deutliche Dämpfung rechts, im Douglas ausgebreitete Resistenz. Deshalb wird um 4 Uhr zur Laparotomie geschritten, nachdem noch rasch eine subkutane Kochsalzinfusion gemacht worden war.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich etwa $1^1/_2$ Liter dunkelflüssigen und geronnenen Blutes. Ein Netzstrang läuft nach der rechten Beckenseite und wird, um rasch an die Anhänge zu gelangen, zur Seite geschoben; darunter fühlt man eine hühnereigroße Ovarialcyste, die mit der intakten, nicht veränderten Tube zusammen entfernt wird. Linke Anhänge normal, Uterus nicht merkbar vergrößert. Im Becken und in der übrigen Bauchhöhle läßt sich keine Ursache für die Blutung feststellen, nur an einem Zipfel des in der rechten Beckenseite sichtbar gewesenen Netzes findet sich ein fingerdickes Hämatom, welches abgebunden und entfernt wird. In die Bauchhöhle wird 1 Liter warmer steriler Kochsalzlösung eingegossen; Verband mit Airolpaste nach Schluß der Bauchwunde in 3 Schichten, Kochsalzinfusion in die Schenkel, Kampherinjektionen, Cognacklystiere. Am 5. Tage infolge von Cystitis geringe Temperatursteigerung, die 4 Tage anhielt, dann völlig normaler Verlauf. Entlassung am 8. Februar bei gutem Wohlbefinden und Kräftezustand.

3 Wochen nach der Entlassung berichtet der Ehemann, daß Pat. noch einmal Schmerzen in der Blase gehabt habe, die aber nach geeigneten Mitteln rasch verschwanden. Am 23. Juni erschien sie selbst in der Sprechstunde und berichtete, daß die Regel seit 7 Wochen ausgeblieben sei, aber außer einer geringen Schmerzempfindung in der linken Seite des Unterleibes keinerlei Beschwerden beständen. Der Uterus war deutlich vergrößert und etwas druckempfindlich, der linke Eierstock erscheint ein wenig geschwollen (Corpus luteum?)

Am 16. Oktober schreibt mir der Mann auf meine Anfrage, daß es seiner Frau sehr gut geht »soweit es die Umstände erlauben, denn sie sei im 6. Monate schwanger. Sie macht ihre Arbeit, wie früher, nur daß sie dick und rund geworden ist«.

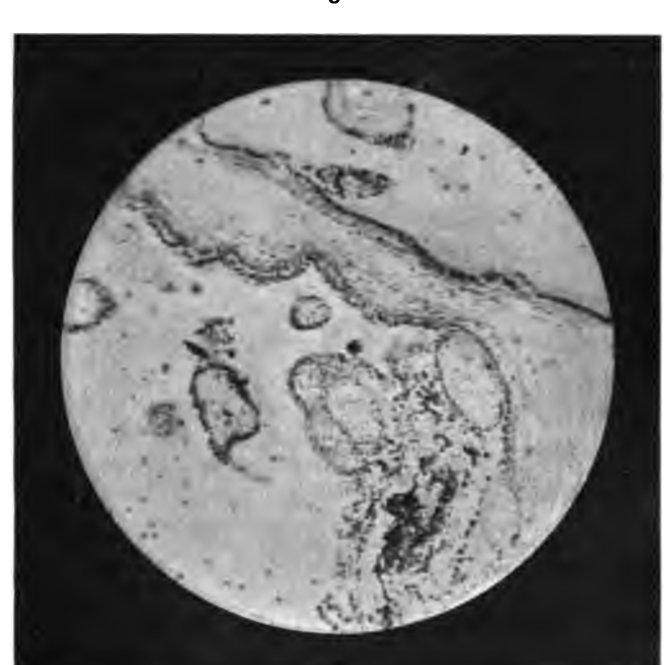
Was das Präparat betrifft, möchte ich gleich hervorheben, daß der entfernte Ovarientumor eine gewöhnliche Cyste darstellt, und daß die Tube, wie die mikroskopische Untersuchung zweifellos erwies, ganz gesund und durchgängig war und daß sich ins-

besondere keine Schwangerschaftsmerkmale darin feststellen ließen.

Der entfernte Netzzipfel bildete natürlich den Gegenstand genauer Untersuchung; mein Assistent Herr Dr. Lengefeld machte zahlreiche Schnitte und Herr Privatdozent Dr. Gebhardt hatte die Güte, einen besonders charakteristischen zu photographieren, wofür ich den beiden Herren zu besonderem Danke verpflichtet bin.

Auf der Mikrophotographie (Fig. 1) ist das Chorion deutlich erkennbar. Man sieht Zottenbildung mit Ineinandergreifen der Zotten an einigen Stellen. In Fig. 2 habe ich halbschematisch zeichnen lassen, wie sich die Verhältnisse etwa bei schwacher Vergrößerung

Fig. 1.



darstellen würden. Das Ei ist anscheinend von den Netzplatten durch frische Blutung abgehoben; außerdem sieht man aber ältere Blutungsreste, teils in hyaliner Umwandlung, teils organisiert durch Gefäß- und Bindegewebssprossung (letzteres in der Zeichnung nicht erkennbar). Die Figur gibt schematisch auch einen Durchschnitt durch den Netzzipfel. Das Netz hat sich um das Ei, ganz ähnlich wie in dem Falle Leisering's, herumgerollt; zwischen beiden befinden sich Blutmassen.

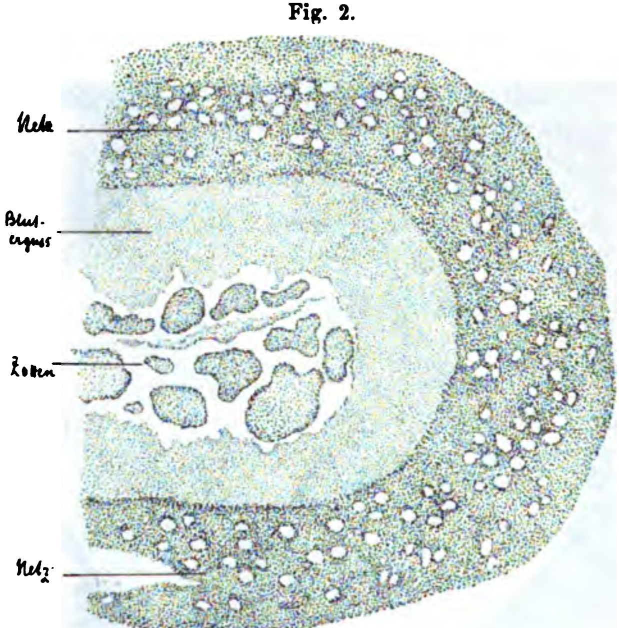
Es ist uns nicht gelungen, Zotten in direkter Verbindung mit dem Netz zu finden; das erklärt sich aber daraus, daß das Ei eben durch den Bluterguß abgehoben war.

Die Niederlassung des Eies auf dem Netzzipfel steht wohl trotzdem außer Frage; ist aber damit die Annahme einer primären Bauchhöhlenschwangerschaft zweifellos?

Alban Doran verlangt als Beweis dafür, »daß ein frischer, wohlerhaltener Fötus in wirklichem Fruchtsack auf Ovarium oder Peritoneum, entfernt von einer Tube getroffen wird«.

Der ersten Forderung genügt mein Fall natürlich nicht, weil das Ei zu jung war, aber es ließen sich doch Eibestandteile ganz sicher auf der Netzpartie nachweisen; seine Einbettung dort ist mehr als wahrscheinlich. Ebenso halte ich es für gewiß, daß sie primär

Fig. 2.



dort erfolgte. Die Tube der betroffenen Seite war, auch mikroskopisch, gesund und nicht gravid. Allerdings sind keine Serienschnitte gemacht, aber genug Schnitte nachgesehen worden, daß man das Nichtvorhandensein einer Schwangerschaft in der Tube annehmen kann. Es ist auch sehr unwahrscheinlich, daß das Ei erst in der Tube gesessen hätte, dann in die Bauchhöhle ausgestoßen wäre und sich schließlich auf dem Netz festgesetzt hätte. Der Tubenabort pflegt doch zumeist die bekannten Symptome hervorzurufen, lokale Störungen sind aber 14 Tage vor der lebensgefährlichen Blutung zum ersten Mal beobachtet worden. Gegen die Annahme aber, daß damals die Ausstoßung aus der Tube und spätere Einbettung auf dem Netz stattgefunden hätte, spricht der mikroskopische Befund, wie ihn die Photographie zeigt.

Die zweite Forderung ist, daß das Ei entfernt von der Tube

auf dem Peritoneum eingebettet war. Dieser glaube ich in meinem Falle genügen zu können. Der Netzzipfel ragte zwar in die rechte Beckenseite herab, aber von einer Verwachsung mit der Tube habe ich nichts bemerken können. Die apfelgroße Ovarialcyste befand sich auch sicherlich zwischen Netz und Tube, denn als ich an diese kam und sie als vermeintliche gravide Tube aus den Blutmassen herauszog, sah ich die Tube an ihrer unteren Seite nach dem Uterus hin verlaufen.

Hervorzuheben wäre schließlich noch, daß wahrscheinlich eine Überwanderung des Eies vom linken Ovarium in die rechte Bauchseite stattgefunden hat, denn daß der zur Ovarialcyste mit dünnen Wandungen entartete rechte Eierstock noch reife Ovula hervorgebracht hätte, ist wohl kaum anzunehmen.

Jedenfalls halte ich das Vorhandensein einer primären Bauchhöhlenschwangerschaft auf einem Netzzipfel für sicher und bin überzeugt, daß solche Fälle vielleicht häufiger gefunden werden, wenn man auf die Möglichkeit derselben bei unklaren Fällen von Hämatocele retro-uterine und Blutungen in der Bauchhöhle künftig achten wird.

IV.

Zur Eklampsiebehandlung.

Von

Dr. Emil Sintenis.

Anknüpfend an den von H. A. v. Guérard in Düsseldorf veröffentlichten Fall von Eklampsie möchte ich mir erlauben, von einem Eklampsiefall meiner Praxis in Estland (Rußland) zu berichten, der als Seitenstück zu dem genannten einiges Interesse beanspruchen dürfte.

Meine damaligen Aufzeichnungen stehen mir hier leider nicht zur Verfügung, doch hat sich der Verlauf des Falles mir tief genug ins Gedächtnis eingeprägt, daß ich ihn auch so berichten kann, ohne fürchten zu müssen, wichtiges zu vernachlässigen.

Die Frau, um die es sich handelte, war eine 22jährige Ipara, durchaus gesund. Auch in der Gravidität hat sie sich ganz wohl gefühlt bis zum Erkrankungstage Mitte Juli 1902. Sie war gravid im 10. Monat. Um die Mittagszeit stellte sich plötzlich Schwindel ein, Kopfschmerz, Amaurose, ohne daß Wehen eingetreten wären. Um 4 Uhr nachmittags trat dann der erste Anfall auf. Die Leute fuhren sofort zu mir (ca. 7 Kilometer), erreichten mich aber erst um $^1/_2$7 Uhr abends, wo sie mich auf der Landstraße trafen. Ich kam gerade von einem Pneumoniefall ohne alle chirurgischen Instrumente, wollte daher erst nach Hause und meine Sachen holen. Doch mußte ich der Bitte des Ehemannes Folge geben und fuhr direkt zur Kranken, da ihr Anwesen nicht weit von meinem Wege ablag.

Um 7 Uhr abends traf ich bei der Frau ein und fand sie in heftigen eklamptischen Krämpfen, die sich alle 10 Minuten wiederholten. Es war ein tiefes Koma,

unterbrochen von heftigsten Jaktationen. Stertoröses Atmen, Cyanose und Koma gaben in den Pausen nicht nach. Jeder äußere Reiz löste sofort einen Anfall aus, so daß das Bild klassisch war für schwerste Eklampsia gravidae.

Puls hochgespannt, langsam.

Keine Wehen. II. Hinterhauptslage, Kopf noch etwas beweglich im Beckeneingang.

Die Angehörigen sagten übereinstimmend aus, in den 3 Stunden von 4—7 Uhr nachmittags seien die Anfälle unablässig in demselben Tempo vor sich gegangen, das Koma gleich mit dem ersten Anfall aufgetreten. So mußte ich bis dahin schon ca. 15—18 Anfälle rechnen (6 hatte ich von 7—8 Uhr abends selbst gezählt).

Ich habe dann mit meinem Taschenmesser einen Aderlaß gemacht und etwa 250 ccm tiefschwarzen Blutes abgelassen.

Dann fuhr ich nach Hause, den Fall verlorengebend. Doch mußte ich auf dem Heimwege dem Ehemann nochmals begegnen, der unterdes nach der Hebamme gefahren war. Dem stellte ich die Sache in ihrer ganzen Hoffnungslosigkeit dar, doch bat er mich so inständig, alles Mögliche zu versuchen, daß ich trotz allem meine Sachen mir von Hause holte und von neuem hinfuhr. Mittlerweile war es fast 12 Uhr nachts geworden.

Als ich eintraf, berichtete mir die absolut zuverlässige Hebamme, sie habe 25 Anfälle gezählt, seit sie da sei. (Nicht gerechnet die Zeit, wo die Hebamme und ich unterwegs waren). Der Zustand der Pat. war derselbe, nur hatten sich schwache Wehen eingestellt. Der Kopf stand jetzt fast ganz fest im Beckeneingang. Vaginal fand ich die Cervix noch ganz erhalten, den äußeren Muttermund gerade für den Finger zugängig, den Cervicalkanal verschlossen.

Bossi's Dilatator und auch Kolpeurynter hatte ich nicht. So habe ich unter Chloroformnarkose (wenig Tropfen genügten) mit der Hegar'schen Sperre den Muttermund so weit aufgesperrt, daß ich mit den zwei Zeigefingern hinein konnte. Dann habe ich (Bonnaire) erst mit 2, dann 3, endlich 4 Fingern beider Hände den Muttermund eröffnet. Dabei zog sich das Os internum ganz auffallend leicht auseinander, ich hatte es sehr bald nur noch mit dem äußeren Muttermund zu tun, den ich ohne alle rohen Manipulationen auf ca. 5Markstückgröße digital erweiterte. Dann noch 3 gar nicht sehr tiefe Dührssen'sche Muttermundsinzisionen — und ich hatte ein Os externum vor mir, das mich einen Augenblick sogar an Wendung oder Zange denken ließ! Doch waren die Herztöne des Kindes schon vorher nur noch undeutlich hörbar gewesen, beim Eröffnen der Blase zeigte sich reichlich Mekonium im Fruchtwasser, so beendete ich die Geburt, auf das Kindesleben verzichtend, mit dem Kranioklasten.

Eine Verletzung der Mutter ist dabei nicht weiter eingetreten, die Inzisionen bluteten nicht nennenswert und blieben ungenäht.

Dann schloß ich noch eine Darmeingießung mit Hilfe einer Magensonde an. Durch die in ihrer ganzen Länge eingeführte Sonde ließ ich ganz langsam 1 Liter physiologischer Kochsalzlösung einfließen. Nach wenigen Minuten wurde die Sonde langsam entfernt: die Lösung blieb im Darm.

Am nächsten Tage besuchte ich die Pat. Die Frau lag immer noch soporös da, hatte auch noch einige Anfälle gehabt, doch ließen sie allmählich nach. Puls langsam, weniger hart. Anfälle hat die Hebamme nach der Geburt noch 15 gezählt.

Dann hat die Frau sich ganz allmählich erholt. Im Spätpuerperium schloß sich eine leichte Psychose an, die aber im September, als ich Estland verließ, in der Besserung schon weit vorgeschritten war.

Epikrise.

Bedeutsam erscheint mir bei meinem Falle als Parallelfall zum v. Guérardschen die abweichende Therapie und der ans Wunderbare grenzende Erfolg!

Die Frau hat von uns gezählte Anfälle (6+25+15) 46 gehabt, nicht gerechnet die nicht gezählten 15—20 Anfälle.

Daß ich da anfangs gleich die Prognose infaust stellte, ist begreiflich, zumal ich ja erst nach Stunden irgend einen Eingriff vornehmen konnte.

Doch scheint der Aderlaß an sich eine günstige Wirkung entfaltet zu haben, da ich die Kranke nach fast 4 Stunden wenigstens nicht schlechter (Puls unverändert) vorfand.

Zu Einpackungen, überhaupt Schwitzmitteln, greife ich nicht; es scheint mir doch eine mehr als zweischneidige Sache zu sein, durch den wenig konzentrierten Schweiß, den sehr hoch konzentrierten Harn in solchen Fällen ersetzen zu wollen! Wir lassen eine Menge Wasser ab, das Gift bleibt zum großen Teil zurück: die Folge muß natürlich mindestens für den ersten Augenblick eine noch stärkere Überlastung der Körpersäfte mit Gift sein.

Bin ich doch nicht der einzige, der bei Nephritis acuta auf ein Schwitzbad hin prompt einen urämischen Anfall hat eintreten sehen! Diese praktische Erfahrung deckt sich vollständig mit der oben angedeuteten Theorie. Aderlaß, zumal mit Einführung lauwarmer Kochsalzlösung verbunden, schafft doch notorisch Gift fort und verdünnt das übrig bleibende, so daß der Giftprozentsatz herabgeht, vielleicht gerade unter die Grenze des für den Körper noch erträglichen. Dazu kommt bei den Kochsalzeingießungen eine deutliche diuretische Wirkung. Wo Infusionsnadel und eine sterile Lösungfehlen, führt eine vorsichtige Darmeingießung durch eine lange Sonde auch ganz gut zum Ziel.

Zweitens ist bei schweren Eklampsiefällen, zumal wo so lange Zeit bis zum Eingriff vergeht, eine Rücksicht auf das kindliche Leben, damit auch die Sectio caesarea, meinem Ermessen nach, nicht am Platz. Das Kind hat durch die Krankheit schon so gelitten, daß es auch in den Fällen, wo es allenfalls lebend zur Welt kommt, doch unendlich oft bald nach der Geburt zu Grunde geht, so daß es mir verfehlt scheint, da dem Kinde zu Liebe der Mutter noch eine Gefahr mehr aufzuerlegen.

Die Vorbereitung zur Sectio dauern doch jedenfalls länger als die digitale Eröffnung, Bossi, Kolpeurynter und dann Wendung oder Kraniotomie. Diese Operationen erfordern keinen weiteren Aufenthalt, sollten daher wenigstens versuchsweise vorgenommen werden; Zeit genug ist dazu während der Vorbereitung zur Sectio caesarea.

In meinem Falle, wo ich die uneröffnete Cervix nicht scheute, habe ich nun staunen können, wie leicht die Eröffnung mit den einfachsten Mitteln gelang. Gewiß wird das nicht jedesmal in diesem Grade der Fall sein; aber doch oft, denn von meinem Falle bis zur Unmöglichkeit der Eröffnung scheint mir noch ein recht weiter Spielraum, wo Bossi oder Metreuryse mit Zug, wenn auch noch so vorsichtig angewandt, doch schnell und sicher zum Ziele führen.

Jedenfalls hat die digitale Eröffnung in meinem Falle vereint mit Aderlaß und Kochsalzeingießung zum Ziel geführt, hat also das Recht des Erfolges mindestens auf seiner Seite.

Neue Bücher.

1) **Kockel.** Die mikroskopischen Vorgänge beim Nabelschnurabfall und ihre Verwertung zur Bestimmung der Lebensdauer Neugeborener.

(Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie u. z. allgem. Pathologie Bd. XXIV.)
Jena, **Gustav Fischer**, 1902.

2) **C. J. Bucura.** Über den physiologischen Verschluß der Nabelarterien.

(Separat-Abdruck aus: Archiv für die ges. Physiologie Bd. XCI.)
Bonn, **Emil Strauss**, 1902. Mit 13 Textfiguren.

3) **B. Henneberg.** Beiträge zur feineren Struktur, Entwicklungsgeschichte und Physiologie der Umbilikalgefäße des Menschen.

(Sep.-Abdruck aus den anatomischen Heften von Merkel und Bonnet. Hft. 63.) Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1902. Mit 12 Figuren.

Schon früher hatte man dem Studium der Umbilkalgefäße eine besondere Aufmerksamkeit zugewandt und jetzt bringen die vorstehenden Abhandlungen eine erhebliche Erweiterung unserer Kenntnisse. Einige Fragen der mikroskopischen Anatomie dieser Gefäße waren früher in verschiedenem Sinne beantwortet worden, und es lag Anlaß vor, auf diese mit neuen Untersuchungen zurückzukommen. Doch nicht allein ein wissenschaftliches Interesse war es, wenn man dieses Gebiet mit neuen Forschungen in Angriff nahm, in gleicher Weise fühlte man sich gedrängt, auch die Beobachtungen tüchtiger Mikroskopiker für die Praxis nutzbar zu machen.

Der Aufsatz von K. über die mikroskopischen Vorgänge bei dem Nabelschnurabfall enthält Untersuchungsergebnisse, welche er auf der Braunschweiger Versammlung deutscher Naturforscher 1897 vorgetragen hatte. K. war an diese Untersuchung in der Meinung herangetreten, in der Abstoßung der Nabelschnurreste eine Handhabe zu gewinnen, welche er zu der Beurteilung der Lebensdauer des neugeborenen Kindes benutzen könnte. Der Gedanke, diese Veränderungen, welche wir in den ersten Lebenstagen des Kindes alltäglich sich abspielen sehen, auch praktisch, zumal bei gerichtlichen Fällen, zu verwerten, liegt sehr nahe. Dennoch hat die bisherige Erfahrung gezeigt, daß in den ersten Lebensstunden aus dem Verhalten des Nabelschnurrestes nur in seltenen Fällen ein triftiger Rückschluß auf die Lebensdauer des untersuchten Kindeskörpers gezogen werden konnte. v. Hofmann erklärte, gestützt auf die frühere Arbeit Haberda's, daß man in den ersten zwei Tagen aus dem Nabel und dem Nabelstrang, wenn letzter nicht mehr frisch ist, keinen Schluß auf die Lebensdauer des Neugeborenen ziehen könne. Es liegt gewöhnlich in der Umständlichkeit des gerichtlichen Verfahrens, daß der Befund des Nabelschnurrestes nur selten dem Gerichtsarzt Gelegenheit bietet, seine Kenntnis der Vorgänge der Abstoßung der Nabelschnur für die Aufhellung des gerichtlichen Falles nutzbar zu machen. Meist sind die Kindesleichen durch Fäulnis so verändert, daß eine genaue Untersuchung dieser Teile nicht mehr möglich ist. Dennoch hat es immer wissenschaftliches Interesse, den feineren Veränderungen der Gewebe nachzuspüren, welche bald nach der Geburt die Abstoßung des Nabelschnurrestes vorbereiten.

K. verwandte zu seiner Arbeit zunächst 19 Leichen von Kindern, welche in der Zeit von $^3/_4$ Stunden bis zu 8 Tagen nach der Geburt gestorben waren; seine Präparate waren meist nicht frisch, sondern in Formalin oder Zenker'scher Flüssigkeit aufbewahrt. Er fand fast bei sämtlichen Kindern, welche in den ersten 12 Stunden ge-

storben waren, den Nabelstrangrest eingetrocknet, bräunlich und hart. Bei Kindern, die in den ersten 24 Stunden gestorben waren, zeigte nur ausnahmsweise der Cutisrand an der oberen Circumferenz bemerkenswerte Rötung.

Bei einem nach $^3/_4$ Stunden gestorbenen Kinde fand sich eine geringe ringförmige leukocytäre Infiltration der oberflächlichen Sulzelagen des Nabelstrangrestes, bei den nach einiger Zeit gestorbenen kam der Befund der Leukocyteninfiltration deutlich zum Ausdruck. Neben dieser durch Emigration von Leukocyten erzeugten entzündlichen Infiltration war bei später verstorbenen Kindern in dem Hautnabel auch eine Neubildung von Bindegewebszellen und Gefäßen zu konstatieren. Diese Granulationsgewebswucherung entwickelt sich vorwiegend in den Wandungen und der nächsten Umgebung der Nabelgefäße, doch ist sie erst etwa vom zweiten Tage ab zu bemerken. Vergleichende Beobachtungen an Kaninchen und Meerschweinchen lehrten, daß auch bei dem Menschen an der Grenze des Nabelstranges gegen das persistierende Gewebe des Hautnabels stets eine Entzündung stattfindet, aber diese Entzündung, in Form einer Infiltration mit Eiterkörperchen, bleibt auf die basalen Abschnitte des Nabelstrangrestes beschränkt. Bei dem ganzen Vorgang handelt es sich um eine demarkierende Eiterung, wenn ein nekrotisches Gewebe von einer gesunden Unterlage gelöst wird. Die leukocytären Elemente, welche bald am Epidermisrand auftreten, sind wohl auf die peripheren Cutisgefäße oder auf die superfiziellen Kapillaren der Nabelschnurbasis zu beziehen.

Der Befund der leukocytären Infiltration unterschied sich in Lokalisation und an Ausdehnung wesentlich von den geringen Veränderungen, welche bei Todgeborenen zu beobachten waren, und auf diesen Unterschied legt K. ein besonderes Gewicht. Er glaubt, in der Tiefe und in der Dichte der Infiltration ein Merkmal finden zu können, aus welchem er mit einiger Sicherheit festzustellen hofft, wie lange ein Kind gelebt hat. Eine sachkundige Untersuchung mit Hilfe des Mikroskops muß nach ihm unbedingt gefordert werden, um die ersten Anfänge demarkierender Entzündung darzutun.

Doch wohl selten wird sich dem Gerichtsarzt eine Gelegenheit bieten, dieser Forderung nachzukommen.

B. geht in seiner Untersuchung von der Angabe aus, daß Strawinzki bei der Nabelarterie aus Längsmuskelfasern bestehende Polster gefunden hat, welche imstande sind, den Blutstrom aufzuhalten, ohne eine eigentliche Thrombusbildung zu benötigen. Die Ausdehnung dieser »Polster« und ähnlicher Gebilde in dem Verlaufe der Nabelarterien zu verfolgen, war der Zweck seiner Untersuchung. Seine Beobachtungen an der menschlichen Nabelschnur und bei Tieren führten ihn zu dem Schluß, daß sich die Nabelarterien post partum automatisch schließen. Dieser Verschluß, der überall in diesen Arterien vorkommen kann, wird von einem Reiz hervorgerufen, welcher die Arterienmuskelfasern trifft, doch kommt diese Erschei-

nung nur zum Ausdruck, so lange das Kind noch lebt. Die Mechanik dieser Verengerung und des Verschlusses ist so zu deuten, daß die im Fötalzustande präformierte Anordnung der Muskelfasern zu einem Widerlager seitens der Ringsfasern führt, an dem die Kontraktionsbäuche der Längsfasern einen festen Anhalt finden.

Mit den wesentlichen Punkten der vorstehenden Schilderung übereinstimmend lauten auch die Angaben, welche H. über die Vorsprünge der Innenwand der intraabdominalen Strecke der Nabelarterien macht. Er ergänzt diese Beobachtung dahin, daß dort unter dem Endothel eine starke, gefaltete Membrana elastica interna liegt, deren Gewebe mit Muskelzellen durchsetzt ist und sich außen an die hauptsächlich längsverlaufenden elastischen Fasern der Adventitia anschließt. Nur an der medialen Seite des Gefäßlumens findet sich nicht eine M. elast. int. als einheitliches Blatt, denn hier ist ein Zug von Längsmuskulatur der Media von innen her vorgelagert, der sich leistenartig in das Lumen vorwölbt. Eben so ist auch in dem extra-abdominalen Teil der Art. umbilicalis die Längsmuskulatur sehr ungleich verteilt, in mehreren Präparaten bildete sie streckenweise nur eine dünne Auskleidung der Ringmuskulatur. Daß bei der Formveränderung der Nabelarterien das elastische Gewebe eine bedeutende Rolle spielt, betont H. besonders, und die von ihm angefügten Abbildungen lassen den großen Anteil erkennen, welchen man gerade diesem Gewebe bei der Entwicklung der Nabelschnurgefäße zuschreiben muß; früher waren darüber die Meinungen sehr geteilt. Die Empfänglichkeit der Nabelgefäße auf auswärtige Reize läßt sich bei manchen Gelegenheiten beobachten, bei jeder Abnabelung sieht man es, wenn der Nabelstrang rasch mit scharfem Messer durchschnitten wird. Um so leichter ziehen sich bei gewöhnlicher Abnabelung die Gefäße in das umliegende Gewebe zurück; wenn, wie bei dem Wurfe von Tieren, das Muttertier den Nabelstrang mit kräftigen Bissen durchbeißt. Den klappenartigen Bildungen in der Umbilicalisvene legt H. wenig Gewicht bei, sie bedürfen derselben Deutung, wie bei den Arterien. Von Interesse ist, daß auch H. die Untersuchungen von Lochmann über die Kontraktilität der Placentargefäße, welche Lochmann, auf Anregung von Kehrer, in seiner Heidelberger Dissertation, 1900, niedergelegt hat, bestätigt. **Dohrn.**

---

4) **C. Keller** (Berlin). Die Nabelpflege des Neugeborenen in der Praxis.

Halle, **Carl Marhold**, 1902.

Eine anregende Schrift, deren Kenntnis den praktischen Geburtshelfern angelegentlichst empfohlen werden kann! Die Bedeutung einer rationellen Behandlung der Nabelwunde ist früher oft unterschätzt worden. Erst die auffallenden Zahlen, welche auswärtige Kollegen, wie Epstein aus dem Prager Findelhause und Erös aus der Tauffer'schen Klinik veröffentlichten, zeigten weiteren ärztlichen Kreisen den großen Anteil, welchen die Nabelerkrankungen

in der Sterblichkeitsziffer der Neugeborenen einnahmen. Bei dem jetzigen Gang des Universitätsunterrichtes und bei dem vortrefflichen Gesundheitszustand der dortigen Kliniken hat der Student nur selten Gelegenheit, Nabelerkrankungen zu sehen, dagegen steht es anders in der Praxis eines beschäftigten Geburtshelfers. Gewöhnlich ist die Beaufsichtigung des Nabels allein der Sorgfalt der Hebamme überlassen und jeder weiß, wie hier in der Forderung der peinlichsten Sauberkeit von allen Beteiligten gesündigt wird. Auch das wird nicht immer hinreichend beachtet, daß eine anscheinend leichte Erkrankung der Nabelwunde der Ausgangspunkt der tieferen Veränderungen werden kann, welche sich in die inneren Organe fortsetzen.

Um diesen Folgezuständen vorzubeugen, schlägt Verf. eine Abänderung einiger früheren Vorschriften für die Hebammen vor. Er tadelt die Bestimmung des preußischen Hebammenlehrbuches, daß die betreffende Vorschrift dem Rest der Nabelschnur eine zu große Länge zuläßt, und auch bei Abnabelung wünscht er eine andere Knotung des Nabelbändchens. Nur wenige haben sich um diese scheinbar einfachen Punkte bekümmert und doch gewinnen sie in manchen Fällen besonderes Gewicht.

(Zur Erklärung der bisherigen Vorschriften für die Behandlung des Nabelschnurrestes muß hingewiesen werden, daß bei Abfassung des preußischen Hebammenlehrbuches die Erfahrungen, welche man bei Abstutzung der Nabelschnur gemacht hatte, noch neu waren, und mit Recht darf man die Forderung aufstellen, daß Beobachtungen aus den Kliniken und den Großstädten nicht ohne Bedenken auf das platte Land zu übertragen seien. Man macht solche Vorschriften nicht für die Ausnahmen, gegenüber der großen Gesamtzahl der Hebammen des Landes muß man in Betracht ziehen, wie bei dem jetzigen Bildungszustande unserer Hebammen selbst verständige Verbesserungsvorschläge in der Praxis des Lebens aufgenommen werden. Dies gilt auch für die vorgeschlagene Kürzung des Nabelschnurrestes. Allein die wiederholten Manipulationen bieten an diesen Stellen bei den Händen der Hebammen leicht Gefahr. Dagegen müssen die Abänderungen des Verf. für andere Knotung des Nabelschnurbändchens als praktisch angesehen werden. Auch das sächsische Hebammenlehrbuch, 7. Aufl. 1902, gibt hierfür bessere Vorschriften. Ref.).

Was der Verf. über die neuen Vorschläge von Ahlfeld und Martin über die Behandlung des Nabelschnurrestes sagt, wird jeden Geburtshelfer interessieren. Einstweilen muß man diese nur zur Nachricht nehmen, erst die Zeit wird darüber Klärung bringen.

Dohrn.

---

5) **R. Ziegenspeck.** Über Fötalkreislauf.

München, Verlag der ärztl. Rundschau, 1902. Mit 7 Abbildungen.

Der Verf. hatte schon vor 20 Jahren über den gleichen Gegenstand gearbeitet und die Resultate seiner Forschungen als einen Anhang zu Preyer's Physiologie des Embryos niedergelegt. Es war

ihm aufgefallen, daß man trotz der neuen Arbeiten von His, Röse und Born gelegentlich auf die älteren Theorien von Harvey und Sabatier zurückkomme. Über die Verhältnisse des Kreislaufes Klarheit zu schaffen, ist der Zweck der kleinen Schrift des Verf., und durch Beigabe instruktiver Zeichnungen sucht er hier dem Leser im Anschluß an neuere Beobachtungen ein einfaches Schema des fötalen Kreislaufes vorzuführen. In der Reihenfolge der Geschöpfe sagt der Verf. in launiger Weise, daß der menschliche Embryo nacheinander das Herz eines Fisches, eines Molches, eines Frosches, einer Eidechse, eines Vogels und von der siebenten Embryonalwoche an das Herz eines Säugetiers besitze. Den Kreislauf des Fötus stellt er so dar: das Blut der unteren Hohlvene teilt sich am Septum atriorum in zwei etwa gleich große Teile, rechts vermischt es sich mit der gleichgroßen Menge aus den Lungenvenen. Das Blut aus dem rechten Ventrikel, je gleiche Teile aus beiden Hohlvenen vermischt, ergießt sich zur Hälfte durch den kleinen Kreislauf nach links. Das Blut des linken Ventrinkels geht zur Hälfte in den oberen Körper, zur Hälfte in die Aorta descendens. Die Hälfte des Blutes, welches in der Zeiteinheit durch das Herz fließt, wird also durch beide Ventrikel gemeinsam der Aorta descendens zugeführt. Ein Viertel geht durch den kleinen Kreislauf und ein Viertel wird dem oberen Körper zugeführt.

Dohrn.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

6) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 28. November 1902.

Vorsitzender: Herr Schülein; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstrationen.

1) Herr Bauer (Stettin) demonstriert einen Metreurynter, der ermöglicht, den vorzeitig wasserleer gewordenen Uterus wieder zu füllen. Der Schlauch endigt nicht, wie bei anderen Ballons, am unteren Pole, sondern ist durch den Ballon hindurchgeführt, endigt oben mit einer durch ein Ventil geschlossenen Öffnung. Die Füllung des Ballons geschieht durch ein seitlich angebrachtes Rohr, während die Füllung des Cavum uteri durch den zentralen Schlauch mit physiologischer Kochsalzlösung erfolgt.

Neben seinem eigentlichen Zwecke vindiziert Vortr. dem Ballon den Vorteil, daß er leichter und ohne instrumentelle Hilfe einzulegen ist. Ferner vermeidet er die Gefahr einer Überdehnung des unteren Uterinsegmentes, indem bei stehender Blase diese gesprengt und nach Abfluß des Fruchtwassers ein Flüssigkeitsquantum eingeführt werden kann, welches um den Kubikgehalt des Ballons kleiner ist als das abgeflossene.

In einem Falle von Fußlage, wo bei abgeflossenem Fruchtwasser und markstückgroßem Muttermunde die Herztöne rasch sanken, wurde der Ballon mit vollem Erfolge angewendet.

Herr Bröse hält ein Eindringen von Luft in die Uterusgefäße für unwahrscheinlich, da ja der Kolpeurynter in die Eihöhle selbst eingeführt wird.

2) Herr Saniter stellt einen über kindskopfgroßen, zerstückelten Blasentumor vor, der von einer 53jährigen, seit 5 Jahren in der Menopause befindlichen Nullipara stammt. Die Kranke hatte, als sie im Juli d. J. zur Untersuchung kam,

erst seit etwa 9 Wochen Urinbeschwerden. Anfangs war der Urin blutig, dann eitrig-jauchig, später mit nekrotischen Gewebsfetzen untermischt. Seit 3—4 Wochen bestand Inkontinenz. Keine Schmerzen. Der Uterus war retroponiert, vor ihm lag ein runder, fixierter, über kindskopfgroßer Tumor.

Nach Erweiterung der Urethra mittels Hegar'scher Dilatatoren in Narkose ließ sich leicht ein Finger in die Blase einführen. Der bröckelige Tumor füllte die letztere vollkommen aus und ließ sich nun in eigenartiger Weise »ausräumen«. Stück für Stück wurde mit dem Finger stumpf gelöst und herausgeholt — ganz wie bei einer schwierigen Abortausräumung. Blutung gering, Blasenspülung. Schließlich blieb links hinten ein 5markstückgroßer, rauher Stumpf übrig. Rechts hinten fand sich in der Blasenwand außerdem ein hühnereigroßer, derber Tumor, und da ferner ein geringer Ascites — wenn auch ohne fühlbare Metastasen — bestand, war Radikalheilung nicht möglich.

Die Inkontinenz wurde durch die Operation beseitigt, aber leider nur vorübergehend, da die Neubildung bald nachwuchs und weiter auf das Peritoneum übergriff. Die Kranke ging daran nach etwa 3 Monaten zugrunde.

Das mikroskopische Präparat zeigt ein Spindelzellensarkom.

3) Herr Gebhard demonstriert 4 karzinomatöse Uteri, welche er durch die abdominelle Operation nach Mackenrodt exstirpiert hat. 3 Pat. genasen ohne Zwischenfall; eine, welche schon schwer kachektisch war, starb 24 Stunden nach der Operation an Herzschwäche. Von besonderer Wichtigkeit ist, daß in einem beginnenden Falle, der vaginal noch sehr leicht zu operieren gewesen wäre, hoch oben an der Iliaca eine haselnußgroße Drüse gefunden wurde, in welcher durch die mikroskopische Untersuchung Karzinom nachgewiesen werden konnte. Die Drüse wäre bei vaginalem Vorgehen unter keinen Umständen entdeckt worden und sicher zum Ausgange eines Rezidivs geworden.

4) Herr R. Meyer demonstriert ein hyperplastisches Lig. ovarii proprium mit adenofibromatösen Einlagerungen, von einem Uterus mit intraligamentär entwickeltem Myom stammend (Operateur Herr Mackenrodt). Das Ligament, 9 cm lang und fingerdick, bestand im oberen Teile aus fibrösem, im unteren Teile aus muskulösem Gewebe; im mittleren Teile gemischt. Vom Mesovarium und Hilus ovarii bis zur Ansatzstelle des Lig. ovarii proprium am Uterus ist das Band durchsetzt von Cysten und Kanälen mit einschichtigem Epithel. Im oberen Teile zerstreute Ordnung, im unteren Abschnitte des Bauches »geschlossene Ordnung«. Ansammlung von Kanälen mit cytogenem Stroma zu Ampullen. Fibröse, zum Teil myofibröse Mäntel um einzelne Cysten. — Die Genese der Drüsen von der Urniere (physiologische Reste im Mesovarium) ist zweifellos; dagegen bleibt unentschieden, ob embryonale oder postfötale Durchwachsung des Lig. ovarii proprium stattgefunden; jedenfalls scheint die embryonale Durchwanderung nicht unmöglich angesichts dieses Falles.

II. Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag des Herrn Freund: Über Hysterie.

1) Herr R. Schaeffer: Wenn ich auch den Ausführungen des Vortr. durchaus beipflichte, so glaube ich doch, daß es zahlreiche allgemein körperliche wie gynäkologische Leiden gibt, die genau wie die Parametritis posterior chronica die Hysterie erzeugen oder verschlimmern können. So ist die Retroflexio uteri mobilis unter Umständen wohl dazu imstande, namentlich wenn sie mit Wanderniere, Enteroptose kompliziert ist. Rationelle gynäkologische Therapie führt hier oft zu guten Resultaten auch in Bezug auf Besserung der Hysterie. Überhaupt kann jedes chronische, beschwerdemachende, gynäkologische Leiden die Hysterie hervorrufen oder verschlimmern. Gibt man dies zu, dann ist der Gynäkolog berechtigt, gleichgültig ob Hysterie besteht, ziemlich jedes palpable, beschwerdemachende, gynäkologische Leiden lokal anzugreifen mit der Hoffnung, auch auf die Hysterie günstig einzuwirken. Selbstverständlich ist vorher sorgfältig zu erwägen, ob im Einzelfalle auch wirklich ein Zusammenhang anzunehmen ist, was natürlich oft genug nicht der Fall ist.

Im Anschlusse daran erinnere ich an die Arbeit von B. S. Schultze im Maihefte d. J. der Monatshefte, in welcher er über die günstigen Resultate berichtet, welche Hobbes in einer englischen Irrenanstalt erzielte. Hier fanden sich unter 1000 weiblichen Irren 253 Kranke, die gynäkologisch operiert wurden. 60% von diesen wurden von ihrem psychischen Leiden durch die Operation geheilt oder gebessert. Schultze ermahnt die Fachgenossen, dafür (durch eine Eingabe an die Regierung) Sorge zu tragen, daß auch bei uns systematische gynäkologische Untersuchungen in Irrenanstalten angestellt werden. Diese Anregung Schultze's empfehle ich dem Vorstande, in Erwägung zu ziehen.

2) Herr P. Strassmann erwähnt die Statistik einer amerikanischen Irrenanstalt, in der die Behandlung der gynäkologisch Kranken in einem großen Prozentsatze die Besserung von Pat. mit entzündlichen Zuständen ergab, während Irre mit Prolapsen, Tumoren etc. wenig oder gar nicht durch Heilung der gynäkologischen Veränderungen beeinflußt wurden. Trotzdem die Forderung Schultze's zu unterstützen ist, erkennt S. eine Beziehung der Hysterie zu den verschiedensten gynäkologischen Leiden nicht an. Ein großer Teil der Frauen hat zuerst auf psychischem Gebiete Veränderungen erlitten, die meisten auf Grund sexueller Beziehungen im weitesten Sinne.

Auch S. sieht wenig Hysterische, die Diagnose wird oft gestellt, wo im Grunde unerkannte körperliche Leiden vorliegen (Nierensteine, Myome, Dermoide im Beginne der Entwicklung etc.). Manche Frauen bezeichnen sich selbst als hysterisch — nach ärztlichem Ausspruche — ohne es zu sein.

Eine gewisse Veranlagung zu Hysterie ist durch erbliche Veränderungen auf psychisch-nervösem Gebiete oder durch Anämie, Chlorose etc. gegeben. Zu den abnormen sexuellen Beziehungen sind nicht nur direkte körperliche Vorgänge sind auch alle auf idealem und ethischem Gebiete liegenden Verbindungen der Sexualsphäre zu rechnen. Erwähnt werden in erster Linie Coitus interruptus, aber auch Masturbation, Ehe mit impotentem Manne; ferner unglückliche Ehe, Vernachlässigung durch den Mann, Enttäuschungen, wie zurückgegangene Verlobung etc.

Die Arbeit von Breuer und Freud über Hysterie wird erwähnt: Keine primäre Charakterschwäche, sondern nur abnorme Reizbarkeit, veranlaßt durch den »Fremdkörper im Bewußtsein«, der vom Arzte gefunden und erkannt werden muß. Das psychische Trauma« (wie bei der seinerzeit vorgestellten Pat., die, gegen ihre Neigung verheirathet, vom Manne den Vorwurf erhielt, daß die Kinder nicht von ihm stammten) muß aufgedeckt werden.

Das Krankheitsbild der Parametritis posterior wird anerkannt. Die Empfindlichkeit über dem hinteren Scheidengewölbe bei Hysterischen aber ist, wie die Empfindlichkeit der Ovarialgegend und des Magens etc., vielfach nur als eine hysterogene Zone anzusehen. Der sichere Nachweis des Zusammenhanges zwischen Hysterie und Parametritis posterior scheint S. noch nicht geliefert zu sein.

S. fragt Herrn Freund, ob die Präparate von Hysterischen stammen. Dann wären sie natürlich beweisend.

Einstweilen ist bei Hysterie Zurückhaltung von lokaler Therapie geboten. Es ist auf die sexuellen Störungen in obigem Sinne zu achten. Der Arzt muß sich für die Psyche seiner Hysterischen wirklich interessieren, ihr Vertrauen durch Aufdeckung auch des letzten Winkels ihres Seelenlebens erwerben. Oft sind die Ursachen der Hysterie nicht zu beseitigen, und dann ist auch kein Erfolg der Behandlung erreichbar.

Hysterische sind ebenso von groben gynäkologischen Leiden zu befreien wie andere Pat. Auch bei der Geisteskranken operiert man ja einen Ovarialtumor!

Der heutige Stand der Lehre von der Hysterie gestattet noch nicht, einen histologischen Ausdruck für diese Veränderungen zu geben.

3) Herr Koblanck bespricht, angeregt durch eine Frage von Herrn Bröse, kurz die Diagnose der Hysterie. Die von Windscheid hervorgehobenen Zeichen kann er als charakteristisch nicht anerkennen. — Im Gegensatze zu Herrn Schaeffer sah er keine andauernde Besserung hysterischer Symptome durch Retroflexions-

operationen. — In der Wertschätzung der Arbeit von Breuer und Freud stimmt er Herrn Strassmann vollkommen zu.

4) Herr Lippmann berichtet über einen jener sehr seltenen Fälle von Hysterie, in denen letztere nachweislich und ausschließlich von den nicht entzündlich veränderten Ovarien ausgegangen ist.

Ein Mädchen aus gesunder Familie und bis zu ihrem 12. Jahre ganz gesund, bekommt in diesem Lebensjahre die Menses und sofort heftige Schmerzen in den Ovarialgegenden, die bald auf das motorische Gebiet übergriffen. Schmerzen und Krämpfe hielten den 4wöchentlichen Typus inne, bis nach etwa $1^1/_2$jährigem Bestande des Leidens das gesamte Nervensystem unter dem Bilde einer schweren Hysterie erkrankte. Die Krankheit entwickelte sich im Laufe von etwa 14 Jahren zu einer ganz entsetzlichen Höhe. Namentlich gestalteten Anfälle von Opisthotonus, die wochenlang dauerten und jeden Tag stundenlang einsetzten, das Krankheitsbild zu einem ganz grauenvollen. Nach erfolgloser Anwendung aller möglichen Mittel und Kuren wurde die Kastration (von Carl Schröder) ausgeführt.

Von den Ovarien zeigte das eine einen Unterkiefer en miniature mit einem zierlichen Zähnchen, das andere kleincystische Degeneration. Entzündliche Veränderungen weder an den Ovarien noch sonstwo im Genitalsystem nachweisbar. Pat. war Virgo.

Mit der Operation war der Wendepunkt im Verlaufe der Krankheit gegeben. Die großen Anfälle, besonders der Opisthotonus, hörten sofort ganz auf. Aber es dauerte doch noch ungefähr 4 Jahre, ehe das aus den Fugen gebrachte Nervensystem völlig in Ordnung kam.

5) Herr Steffeck: Die praktischen Folgerungen, die Herr Freund aus seinen Untersuchungen gezogen, riefen bei mir ein Gefühl vollständiger Depression hervor; denn sie stimmen so gar nicht überein mit der Ansicht über Hysterie, die ich mir aus der Praxis zurechtgelegt habe. — Ich glaube sehr wohl an ein häufiges Zusammentreffen mit allen möglichen anderen Erkrankungen. Ich halte ferner diese Erkrankungen nicht für die Ursache der Hysterie, sondern ich stelle mir die Sache so vor, daß die Hysterischen allmählich durch Suggestion zu der Überzeugung kommen, daß an einer bestimmten, erkrankten Stelle die Ursache aller ihrer Krankheitssymptome zu suchen sei. Ich betrachte derartige Fälle nicht als eigentliche Hysterie, sondern als Fälle von lokaler oder lokalisierter Hysterie.

Die wirkliche Hysterie hingegen halte ich für eine rein psychische Erkrankung, bei der irgend welche andere Organerkrankungen überhaupt nicht nachzuweisen sind.

Die Ursachen dieser Hysterie liegen meiner Ansicht nach ganz wo anders; sie liegen in der Ererbung oder in ungünstigen Lebensverhältnissen aller Art oder in falscher Erziehung sowohl im Kindesalter wie im späteren Alter durch Eltern, Ehemann und Arzt.

In der Behandlung der Hysterie spielt die Unterstützung des Arztes durch die Angehörigen der Kranken eine sehr große Rolle. Erst wenn die Angehörigen ganz nach dem Wunsche des Arztes mit der Kranken umgehen und wenn man das Vertrauen der Kranken selbst erworben hat, ist Aussicht auf Erfolg zu haben. Erst dann darf man mit dem meiner Ansicht nach besten Mittel beginnen, mit dem Ignorieren der hysterischen Klagen.

Herr Bunge möchte die Ursachen der Hysterie nicht auf einen so kleinen Bezirk am weiblichen Genitalapparate bezogen wissen. Nach seinen Erfahrungen kommen psychische Depressionen (stete Exaltationen) bei jeder chronischen Reizung irgend einer Stelle des Bauchfelles vor, gleichgültig, ob die weiblichen Genitalien oder irgend ein anderes vom Bauchfelle überzogenes Organ in Mitleidenschaft gezogen sind.

Selbst Frauen, die nach operativer Behandlung keine inneren Geschlechtsorgane mehr haben, oder Männer müssen bei chronischen peritonealen Reizungen sich psychische Depressionen hysterischer Art gefallen lassen.

7) Herr Gottschalk tritt der Ansicht des Herrn Schaeffer bezüglich der ätiologischen Bedeutung der Frauenleiden für die Hysterie entgegen. Nach seiner (G.'s)

Ansicht ist die Hysterie in weitaus der Mehrzahl der Fälle zentral bedingt. Hysterie und Frauenleiden könnten nebeneinander bestehen. Der Heilerfolg gynäkologischer Eingriffe bei Hysterischen rechtfertige noch keineswegs die Annahme eines Kausalkonnexes, da gerade Hysterische den mannigfachsten Heileffekten suggestiv zugänglich seien; beruhten doch auf dieser Tatsache die scheinbaren Erfolge mancher Kurpfuscher. Andererseits dürfe aber nicht übersehen werden, daß derartige gynäkologische Eingriffe, besonders operativer und verstümmelnder Natur auch einmal verschlimmernd oder gar auslösend auf eine Hysterie wirken, ja sogar zu Psychosen führen können.

Gewiß könnten auch einmal gynäkologische Leiden zur hysterogenen Zone werden. G. erkennt mit Dank die von Herrn Freund vorgelegten objektiven Befunde schwerer degenerativer Veränderungen an den paracervicalen Ganglienzellen bei der Parametritis atrophicans an, ebenso daß die Psyche auf die durch diese Veränderungen erzeugten Störungen unter dem Bilde der Hysterie antworten kann, bezweifelt aber, daß das letztere geschehen muß. G. hat Fälle der Art gesehen, ohne daß Hysterie von ihm nachgewiesen werden konnte.

Gewiß könnten auch einmal anderweitige gynäkologische Affektionen zur Hysterie führen, so ausnahmsweise solche der Ovarien. Man werde deshalb derartige Reflexhysterien von der häufigeren zentralen Form der Hysterie trennen müssen.

Das wichtigste ätiologische Moment der Hysterie sei die Vererbung. Bei derartig hereditär belasteten Individuen könnten dann die mannigfachsten Gelegenheitsmomente die Krankheit zum Ausbruche bringen (Masturbation, Coitus interruptus, Impotentia coeundi virilis, starke Gemütserschütterung u. dgl. m.). Der Chlorose kann G. nicht in dem Maße eine ätiologische Bedeutung zumessen wie Herr Bröse, der 4/5 sämtlicher Fälle von Hysterie als durch Chlorose bedingt annimmt. Gegenüber Herrn Bröse sieht G. Hysterien selten und erklärt diese Differenz mit den schwankenden diagnostischen Prinzipien. G. hält es nicht für richtig, auf Grund irgend eines bei Hysterie vorhandenen Krankheitssymptomes schon die Diagnose auf Hysterie zu stellen, sonst laufe man Gefahr, die meisten chronisch Kranken für hysterisch zu halten, weil man hier oft irgend eines der sonst auch bei Hysterie nachweisbaren Reflexsymptome ausfindig machen könne.

Wichtig sei, daß der Arzt stets daran denke, daß auch Hysterische von ernsten organischen Leiden (Karzinom etc.) befallen werden können, und daß deshalb jede Hysterische aufs genaueste körperlich untersucht werden müsse; es räche sich sonst oft bitter, alle Beschwerden hysterischer Frauen in bequemer Weise der Hysterie zur Last gelegt zu haben.

8) Herr Bröse bemerkt, daß, wenn einige der Redner so wenig Fälle von Hysterie sehen, andere — wie er selbst — so zahlreiche, das darin seine Erklärung findet, daß man sich nicht einig darüber ist, was man unter Hysterie versteht. Die schweren Fälle von Hysterie sieht er selbst ebenso selten wie die anderen Herren. Seit der Arbeit von Lomer kommen dabei auch Frauen in Frage, welche hauptsächlich nur einzelne hysterische Erscheinungen, besonders Hyperästhesien der Bauchhaut oberhalb des Lig. Pouparti, die bei der bimanuellen Untersuchung Adnexerkrankungen vortäuschen können. Derartige Fälle sind außerordentlich häufig und beruhen sehr oft auf Chlorose. Ob dabei die Chlorose als das Primäre oder auch nur als eine »jugendliche, eigenartige Form des allgemeinen hysterischen Symptomenkomplexes«, wie Grawitz will, aufzufassen ist, bleibe dahingestellt. Ein Zusammenhang existiert auf jeden Fall zwischen Chlorose und Hysterie.

Herr Freund (Schlußwort): Zunächst möchte ich zwei Fragen beantworten, die hier an mich gerichtet worden sind.

Die erste, von Herrn Schaeffer an mich gerichtete Frage: wie wir uns zu dem Vorschlage, der von Bernhard Sigismund Schultze gemacht worden ist, in den Irrenhäusern die gynäkologisch Kranken zu untersuchen, verhalten? kann ich für meine Person aus Erfahrung beantworten. Ich habe sofort auf

diesen Vorschlag hin die unter Prof. Neumann's Leitung stehenden Irrenabteilungen aufgesucht und die betreffenden Fälle untersucht; ich habe die schlechtesten Erfahrungen gemacht; selbst in Fällen, bei denen eine direkte Indikation zu gynäkologischer Behandlung vorlag, habe ich von solcher nur selten einen günstigen Einfluß auf die Psychose gesehen. In den meisten Fällen war eine gynäkologische Behandlung nicht ausführbar. Eine solche, ja eine ohne Narkose unternommene gynäkologische Untersuchung ist zunächst für den Arzt nicht ohne Gefahr körperlichen Angriffes seitens der Kranken. Rechnen wir dazu die Erfahrung, daß reizbare, bis dahin psychisch gesunde Personen nach gynäkologischen Operationen psychisch erkrankten, so werden wir wohl heutzutage auf den Vorschlag Schultze's nur in seltenen Fällen absoluter Indikation eingehen. Ich kenne nur eine einzige, in einigen Fällen bis zu melancholischer Verstimmung führende psychische Depression, welche durch einen gynäkologischen Eingriff jedesmal behoben worden ist, das ist die durch Urinfistel bedingte.

Dann die Antwort auf die von Herrn Strassmann an mich gerichtete Frage: die von mir demonstrierten frischen Präparate aus dem Leichenhause des Friedrichshain-Krankenhauses stammen von Leichen von Weibern, deren Anamnese und Krankengeschichte mir unbekannt sind. Die alten, aus meiner Breslauer Zeit stammenden Präparate, die ich Ihnen, meine Herren, demonstriert habe, und die in meinem Atlas Tafel XIV und XV abgebildet sind, gehörten Weibern an, die während des Lebens genau beobachtet und als wirklich hysterisch, in meinem in der »Gynäkologischen Klinik« scharf definierten Sinne, erkannt worden sind.

Um meinen Standpunkt den hier vorgebrachten divergierenden Ansichten gegenüber von vornherein zu präzisieren, betone ich, daß ich der Überzeugung bin, daß die Hysterie viele Ursachen hat, daß es eine ursprünglich psychisch bedingte Hysterie gibt, die weiterhin verschiedene peripherische Störungen sekundär hervorrufen kann. Sie werden mir zugeben, meine Herren, daß man sich hier auf einem unsicheren, urteilsschwierigen Boden bewegt. Ich behaupte aber mit Sicherheit, daß da, wo chronische atrophierende Parametritis besteht, niemals die Hysterie fehlt. Und das ist auch die Antwort, die ich Herrn Gottschalk gebe. — Hysterie nenne ich diejenige Krankheit, bei welcher deutlich von der kranken Stelle ausgehende und durch die Untersuchung hervorzurufende Reflexneurosen beobachtet werden, welche man je nach ihrem hauptsächlichen Manifestationsorte als sympathische oder spinale oder cerebrale bezeichnen muß.

Zu diesen Reflexneurosen tritt früher oder später eine nach Anlage, Vererbung Erziehung verschiedengradig psychische Reaktion.

Ich habe Ihnen, meine Herren, über eine inzwischen publizierte, uns interessierende Arbeit zu berichten, welche auf Veranlassung des Herrn Kollegen Rein in Petersburg von seinem Schüler Dr. Pissemski in Kiew unternommen worden ist. In dieser Arbeit, welche neulich in Rom bei Gelegenheit des internationalen gynäkologischen Kongresses mit Demonstration von höchst gelungenen Photographien vorgetragen worden ist, wird die Existenz des Frankenhäuser'schen Ganglions bezweifelt und an dessen Stelle ein Nervenplexus (Nervenfasergeflecht mit eingestreuten Ganglienzellen) beschrieben.

Zu ähnlichem Resultate war früher schon Jastreboff, dessen Arbeit ich Ihnen hier vorlege, gelangt.

(Vortr. demonstriert diese Verhältnisse an den beiden Arbeiten angefügten Figuren, ferner an einem das Beckenbindegewebe darstellenden Wachspräparate, endlich an Beckendurchschnittzeichnungen an der Wandtafel.)

Ich hatte neulich die Ehre, Sie auf die Arbeit von Krehl in Tübingen hinzuweisen, in welcher er verlangt, daß, ehe wir uns berechtigt glauben, von funktionellen Störungen, Neurosen, zu sprechen, wir die in den leidenden Organen selbst liegenden Nervenapparate untersucht haben müssen. Übrigens sind früher schon derartige Untersuchungen von russischen Kollegen unternommen worden, wie wir aus der Jastreboff'schen Publikation ersehen.

Dieser von Krehl richtig formulierten Forderung habe ich nachzukommen neuerdings mich bemüht, nachdem ich die grundlegenden Vorarbeiten in meiner »Gynäkologischen Klinik« 1885 publiziert hatte. Diese Untersuchungen müssen zu Ende geführt werden, ehe wir berechtigt sind, die Hysterie für eine durchweg zentral von der Psyche ausgehende funktionelle Störung zu erklären. Ich habe seit meiner ersten Mitteilung die betreffenden Untersuchungen im Vereine mit Herrn Kollegen v. Hansemann, der neuerdings dahin zielende Tierversuche macht, unter Mitarbeit seiner Herren Assistenten fortgesetzt; ich kann mitteilen, daß dieselben interessante Resultate gezeitigt haben.

Zunächst ist konstatiert worden, daß dieser Apparat eine vollständige Entwicklung vom Zustande des neugeborenen Mädchens bis zur vollkommenen Ausbildung bei der Pubertät durchmacht. Er ist bei Gravidität bedeutend vergrößert, wie sich im Gegensatze zu der Pissemski'schen Behauptung ergeben hat.

In der Parametritis chronica atrophicans haben wir regelmäßig den von Virchow als Neuritis proliferans bezeichneten Zustand konstatiert, bei Sepsis (nach septischem Abortus) hochgradige parenchymatöse Entzündung mit Blutung nachgewiesen. — Wir sind mit Untersuchung der Veränderungen des Apparates bei Diabetes, Chlorose, Leukämie beschäftigt. Wir wissen, daß akute und chronische Infektionskrankheiten, wie auch gewisse chronische Konstitutionsanomalien Störungen der Genitalfunktionen im Gefolge haben können.

---

7) Verhandlungen der amerikanischen Gesellschaft für Gynäkologie.

(Amer. journ. obstetr. 1902. Juli, August u. September.)

Die Jahresversammlung fand unter dem Vorsitze von Dr. S. C. Gordon (Portland) zu Paterson statt.

Zahlreich und teilweise recht wertvoll sind die Vorträge, welche während der 3 Tage in zahlreichen Sitzungen gehalten wurden. Die große Fülle des Materiales verbietet ein tieferes Eingehen. Nur einzelnes kann hervorgehoben werden.

An den Vortrag von W. L. Burrage (Boston) über Cervixrisse und deren Behandlung knüpft sich eine sehr eingehende Debatte, aus der hervorgeht, daß auch in diesem Punkte die Meinungen weit voneinander abweichen. Burrage tritt warm für die Grundsätze ein, welche einst Emmet aufgestellt. Mouton (Detroit) und Boldt (New York) empfehlen gleichzeitige Amputation der Cervix. Robb (Cleveland) bekämpft die unmittelbare Operation, ebenso Jewet (Brooklyn), der am 2. oder 3. Tage operiert. Palmer Dudley (New York) operiert stets, wenn nöthig direkt nach dem Austritt der Nachgeburt, ebenso Goffe (New York), während Montgomery (Philadelphia) Bedenken dagegen vorbringt, desgleichen Dickinson (Brooklyn), welcher betont, daß bei ausgedehnten Rissen es sich um eine ernste Operation handelte, die nicht kurzer Hand erledigt werden könne, sondern volle Vorbereitung bedürfe. Einfache Risse seien leicht zu schließen, das sei aber meistens überflüssig. Weiter sprechen noch Lapthorn Smith (Mouton), Ashton (Philadelphia), Davenport (Boston), Janorin (New York), Sutton (Pittsburg), die auf die Häufigkeit des Auftretens von Krebs in Cervixrissen hinweisen.

Die Nachmittagssitzung ist einer Diskussion über Rückwärtsverlagerungen der Gebärmutter gewidmet. Mann (Buffalo) spricht über Ätiologie, Pathologie und Symptome; Davenport (Boston) über nicht operative Behandlung; Cleveland (New York) über Alexander-Operation, die er allen anderen bei Behandlung der unkomplizierten Fälle von Lageveränderungen vorzieht; Robb (Cleveland) über abdominelle Fixation. Goffe (New York) hält einen Vortrag über intraabdominelle Verkürzung der runden Mutterbänder per vaginam. Er operiert durch das vordere Scheidengewölbe. Unter 130 Fällen hatte er nur 3 Mißerfolge. Bovée (Washington) spricht über Operationen an den sacro-uterinen Bändern bei Behandlung der Lageveränderungen.

Montomery (Philadelphia) spricht über relative Vorteile der vollständigen und partiellen Hysterektomie. Er tritt für erstere, nach der Methode von Doyen.

ein. Noble (Philadelphia) ist entgegengesetzter Ansicht. Unter 400 Fällen hat er nur einmal Krebs des Collum gesehen. Will nichts von der Doyen'schen Methode wissen. Ebenso äußert sich Palmer Dudley, der dieselbe als »scientific butchery« bezeichnet.

Weiter beteiligen sich noch Harris (Paterson), Mann (Buffalo), Janorin (New York) u. a. an der Diskussion, die nichts Neues bringt.

Murray (New York) spricht gegen Kaiserschnitt bei Placenta praevia. Sämtliche Redner stimmen bei. Nur in sehr seltenen Fällen ist er indiziert.

Davis (Philadelphia) spricht über die Schwierigkeit bei Diagnose der ektopischen Schwangerschaft. Noble (Philadelphia) teilt eine Anzahl interessanter Fälle von Chirurgie der Harnleiter mit. Reynolds (Boston) und Stone (Washington) berichten über neue Verfahren bei Operation der Cystokele; Peterson (Ann Arbor) über Fibrom des Eierstockes; Harris (Paterson) über Verschluß eiternder Bauchwunden nach Bauchschnitt. Gibt eine besondere Art von Naht an.

Engelmann (Kreuznach).

Neueste Literatur.

8) Obstétrique 1902. März—Juni.

1) Villard und Pinatelle (Lyon). Ein Fall von Impression des Stirnbeines, mit Fraktur, geheilt durch blutige Wiederaufrichtung.

Der Verf. hat eine durch starkes Vorspringen des Promontoriums entstandene Schädelimpression auf operativem Wege korrigiert. Es sind nur wenige derartige Fälle veröffentlicht. Das beste Verfahren ist, mit einem Spatel die imprimierte Partie zu unterminieren unter sorgfältiger Schonung der Dura mater, und dann durch Hebelbewegung den Knochen nach auswärts zu drücken.

Entsprechend der I. Schädellage betraf die Impression die Gegend des linken Tuber frontale. An dem plötzlichen ruckweisen Tiefertreten des Kopfes bei Applikation der Zange erkannte man, daß ein beträchtliches Hindernis überwunden war.

Jede bedeutende Impression sollte sofort chirurgisch in Angriff genommen werden, auch wenn Kompressionserscheinungen fehlen. Denn es gehen mehr als die Hälfte der so geschädigten Kinder zugrunde, die überlebenden fallen nicht selten psychischer Degeneration anheim. Die Operation ist durchaus harmlos, beseitigt prompt den Druck auf das Gehirn, und intrakranielle Ergüsse kann man so sehr bequem mittels Drainage behandeln.

2) Oni (Lille). Konservative Operationen zur Behandlung alter Uterusinversionen.

Bei der Behandlung alter Uterusinversionen ist die Laparotomie hinter den auf sie gesetzten Erwartungen zurückgeblieben. Die Reposition mißlang auf diesem Wege in 30% der Fälle, ja es waren 15% Mortalität zu verzeichnen. Die Vorteile, welche Everke bei diesem Operationsverfahren rühmt — die leichte Zugänglichkeit der Adnexe sowie die Möglichkeit, den Uterus unversehrt zu erhalten — sind nicht ganz einwandfrei. Gerade bei der durch die Inversion geschaffenen Lageveränderung kann man bei vaginalem Operieren den Zustand der Ovarien sehr bequem in Augenschein nehmen, die Reposition aber erfordert auch bei der Laparotomie manchmal recht bedeutende Inzisionen in die Uteruswand.

Da jedoch der Verf. überhaupt die Trennung der Uteruswand, wenn sie nur von einer exakten Vereinigung gefolgt ist, in Bezug auf die Funktionsfähigkeit des später graviden Organs für belanglos hält, so tritt er für die in jedem Falle ausführbare vollständige Spaltung der vorderen oder hinteren Uteruswand einschließlich der Cervix ein, welcher man die Umstülpung des Organs mit Leichtigkeit anschließen kann. Dabei gibt er der Kolpotomia anterior und der Inangriff-

nahme der vorderen Uteruswand prinzipiell den Vorzug. Denn die Operation an der hinteren Wand scheint Disposition zu Retroflexio zu hinterlassen. Wenn aus diesem Grunde Spinelli der Kolpotomia anterior mit Spaltung der ganzen vorderen Uteruswand die Vaginifixation angeschlossen hat, so hält Verf. diese für entbehrlich, wenn man prinzipiell an der vorderen Uteruswand manipuliert.

Die Verletzung der Blase hat man bei der Kolpotomia anterior nicht zu fürchten, denn fast immer ist bei der chronischen Uterusinversion die Blase bereits vom Uterus abgelöst und dem Operationsfelde entrückt. Immerhin muß man sich aber davon durch Eingehen mit dem Finger überzeugen. (Der Gebrauch des Katheters dürfte diese Erkenntnis noch mehr erleichtern. Ref.)

Küstner's Operation wird als nicht ausreichend, Kehrer's Operation als zu kompliziert bezeichnet.

3) Chiaventone. Eine neue Operation zur Fixation der Blase.

Der Grundgedanke, auf welchem der Verf. seine Methode aufbaut, ist der, daß die Cystokele nicht durch einen Vorfall der Blase in ihrer Gesamtheit gebildet wird. Die vordere und hintere Wand der Blase werden dabei nur gedehnt und nachgiebiger, was im Vorfalle enthalten ist, ist die mit der Cervix und der Vagina innig verbundene Basis der Blase. Die vordere und hintere Wand sind vollkommen frei und in ihrer Extensionsfähigkeit unabhängig von der Basis der Blase. Die letztgenannte Partie wird deshalb durch Hebung oder Fixation der vorderen oder hinteren Blasenwand nicht notwendigerweise beeinflußt.

Verf. erkennt bei schweren Fällen von Cystokele den abdominalen Weg als den einzig richtigen an. Er geht aber so vor, daß er die Plica vesico-uterina spaltet und die »Basis« der Blase von der Cervix und der Vagina loslöst. Die Loslösung geschieht bis zum »Lig. interuretericum«, also der Basis des Trigonum Lieutandii, von wo ab die Verbindung mit dem unterliegenden Gewebe eine viel festere ist. Die losgelöste Partie wird sodann 1 cm höher am Uterus wieder festgenäht. Besondere Vorsicht wird anempfohlen, um die Unterbindung der Ureteren zu vermeiden. Den Schluß bildet eine Ventrofixation.

Bezüglich der Besprechung anderer Operationsmethoden muß auf das Original verwiesen werden.

4) Daniel (Paris). Puls und Temperatur während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Während der normalen Schwangerschaft weichen Temperatur und Puls nicht wesentlich von ihrem Verhalten im gewöhnlichen Zustande ab. Während der Wehen bis 10—12 Stunden nach der Geburt ist Puls und Temperatur erhöht (Temperatur 37,0—37,5, event. 38,5, Puls 100—120).

Die mittlere Temperatur während des Wochenbettes (in der Achselhöhle gemessen) schwankt zwischen 36,8 und 37,2, der Puls ist verlangsamt und hält sich zwischen 60 und 70, in Ausnahmefällen sinkt er bis 44, ja 30 Schlägen. Die Verlangsamung beginnt 8—48 Stunden nach der Geburt und dauert 1—12 Tage. Nach stärkeren Blutungen bleibt die Verlangsamung des Pulses aus. Diese Tatsache stützt die These, daß die Verlangsamung des Pulses zusammenhängt mit der durch den plötzlichen Ausfall des utero-placentaren Kreislaufes bedingten Erhöhung des Blutdruckes.

Beschleunigung des Pulses ist im allgemeinen als ungünstiges prognostisches Zeichen aufzufassen, ebenso ist auch der Gang der Temperatur prognostisch zu verwerten. Konstante Temperatur von 37,5 oder gar über 38,0 verbunden mit hohem Puls (12 Stunden nach der Geburt) läßt immer eine Komplikation befürchten. Die Grenze der physiologischen Temperatursteigerung ist 38,5.

Der vorzeitige Blasensprung wirkt beschleunigend auf den Puls, während der ersten 6—10 Wochenbettstage, während er die Temperatur unverändert läßt. Rhagaden an der Brustwarze bewirken in $^2/_3$ der Fälle gleichfalls Pulsbeschleunigung.

Das (bekannte) Verhalten des Pulses und der Temperatur bei Endometritis puerperalis kann durch sehr aktive Behandlung eine wesentliche Modifikation erfahren (Curettage, Jodbepinselung der Uterusinnenfläche, Jodoformgazetamponade).

Die Phlebitis, wenn auch erst spät im Wochenbett auftretend, weist doch ein »präphlebitisches« Stadium auf, das sich durch abnormes Verhalten des Pulses und der Temperatur kundgibt. Zum Unterschiede von gutartigen Anomalien, wo die erhöhte Pulskurve fast eine horizontale Linie darstellt, hat sie im präphlebitischen Stadium eine mehr zickzackförmige Gestalt.

So erleichtert die genaue Beobachtung von Puls und Temperatur Prognose und Diagnose.

5) Hoche (Nancy). Infektiöse Thrombophlebitis des Uterus mit Ausbreitung in die Vena cava inf. und das rechte Herz.

Die hier mitgeteilte Thrombophlebitis trat nach einem Abort auf. Der thrombotische Prozeß erstreckte sich über den Plexus spermaticus nach der Vena cava, durch diese zum rechten Vorhofe und den rechten Ventrikel. Auf rückläufigem Wege hatte sich die Thrombose dem Plexus vaginalis, den Venae iliacae externae, der rechten Vena renalis sowie den Venae hepaticae mitgeteilt. Aus der Krankengeschichte ist als besonders wichtig hervorzuheben, daß der Beginn der Thrombose der Vena cava inferior ganz genau markiert war. Es war dies das Auftreten heftigster Schmerzen in der Lendengegend, verbunden mit Schüttelfrost und Schlaflosigkeit und den Zeichen eines sich einstellenden kollateralen Kreislaufes in Form der Anschwellung der Venen der Bauchhaut. Von da ab verging noch ein voller Monat bis zum Exitus.

Ein an der Herzspitze aufgetretenes systolisches Geräusch mit Zeichen von Lungenödem ist Verf. geneigt, auf den Thrombus zurückzuführen, der durch die rechte Herzkammer bis in die Art. pulmonal. hineinragte.

Die Verstopfung der Vena renalis manifestierte sich durch urämische Erscheinungen, diejenige der Venae iliacae durch Ödem der unteren Extremitäten und jene der Venae hepaticae durch das Auftreten von Ascites.

Die bakteriologische Untersuchung legt die Vermutung nahe, daß es sich um eine Gonokokkeninfektion handelte.

6) Franta (Prag). Echinokokkuscysten des kleinen Beckens als Geburtshindernisse.

Die Arbeit erstreckt sich über mehrere Hefte, wird später referiert werden.

7) Bresset. Sprechstunden für Säuglinge.

Die von Prof. Budin vor 10 Jahren in der Charité ins Leben gerufenen »Sprechstunden für Säuglinge« haben zahlreiche Nachahmung gefunden. Ihre segensreiche Wirkung auf die Kindersterblichkeit sowohl der großen Stadt als auch des Landes ist über alle Zweifel erhaben. Der Zweck dieser Sprechstunden ist, die Ernährung des Säuglings zu überwachen und den noch unerfahrenen, aber das beste wollenden Müttern an die Hand zu gehen. Wenn auch der Prozentsatz der künstlich ernährten Kinder zunächst noch in diesen Sprechstunden ein sehr hoher ist, so darf man den letzteren doch nicht den Vorwurf machen, daß sie die künstliche Ernährung gegenüber der Muttermilch befürworten. Schon längere Zeit entwöhnte oder gar nie angelegte Kinder können eben nicht mehr der Mutterbrust zugeführt werden. Aber der Ersatz der abgerahmten und verfälschten Milch durch gute, sterilisierte, die Ermahnungen an die Mütter, die folgenden Kinder anzulegen, die Unterweisungen in der richtigen Behandlung der Säuglinge haben schon viel Segen gebracht. So bilden die »Sprechstunden für Säuglinge« eine wertvolle Waffe im Kampfe gegen die große Sterblichkeit der Kinder.

G. Frickhinger (München).

Tubargravidität.

9) O. S. Arie. Zur Kasuistik der Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Journ. akusch. i shensk. bolesnej 1902. No. 2. [Russisch.])

Die Mehrzahl der Gynäkologen ist jetzt der Meinung, daß bei Extra-uterin-Schwangerschaft innere Blutungen infolge von Tubarabort durch das offene Tubenende, was sehr oft vorkommt, oder Tubarruptur erfolgt.

Verf. beschreibt 2 Fälle fast tödlicher Blutungen bei Extra-uterin-Schwangerschaft aus der gynäkologischen Abteilung von Dr. J. Mandelstam des jüdischen Krankenhauses in Odessa, welche man zu keiner von dieser Kategorie zurückführen kann, da die Bauchenden der Tuben bei Untersuchung derselben vollständig geschlossen gefunden wurden und die Tuben selbst nicht verletzt waren. Auf Grund der Untersuchungen von Ulesko-Stroganowa meint Verf., daß die Blutung in beiden Fällen infolge der Durchwachsung der Zotten des Placentarkörpers erfolgte. Diese hat eine allmähliche und multiple Durchlöcherung der Wand des Fruchtlagers mit seinen Folgen, d. h. wiederholte Blutungen in die Bauchhöhle hervorgerufen. Geringe Erhöhungen auf der Oberfläche der ausgedehnten Tube, die durch ihre matte Färbung von der glänzenden Fläche des sie umgebenden Peritoneums sich unterschieden, zeigten die Stellen der Durchlöcherung. Mikroskopische Untersuchung zeigte eine tiefe Einwachsung der Zotten in die Dicke der Muskelwand.

Diese Meinung über das Eintreten von Blutungen bei Extra-uterin-Schwangerschaft wird durch Beobachtungen von Leopold, van Heukelom und Peters bestätigt. **M. Gerschun** (Kiew).

10) **Tauber** (Prag). Extra-uterin-Gravidität und Hämoglobinurie.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 36.)

Bei einer 35jährigen, stets gesund gewesenen Frau, welche nach 6wöchentlicher Menopause plötzlich unter den typischen Symptomen innerer Blutung infolge von Unterbrechung einer Tubarschwangerschaft erkrankt war, traten am 3. Tage unter Fieber mit Schüttelfrost und subjektiv schwerem Krankheitsgefühle ein Zustand auf, als dessen einziges objektives Zeichen ein dunkelroter Harn sich darbot. Im Harn 7‰ Eiweiß, Blut chemisch und spektroskopisch nachzuweisen. Im Sedimente braune Körnchenhaufen, einige Leukocyten, Erythrocyten (in ihrer geringen Zahl durchaus nicht der großen Blutmenge entsprechend), zahlreiche hyaline Cylinder, mithin Hämoglobinurie mit Nierenreizung. In 2 Tagen verschwanden diese Erscheinungen wieder und unter konservativer Behandlung trat allmähliche Heilung der Hämatokele ein. Als Ursache dieser plötzlich aufgetretenen und rasch geschwundenen Hämoglobinurie kann weder Resorption des Blutes angesehen werden, da nach v. Jaksch Hämoglobin nach inneren Blutungen nie als solches, sondern als Urobilin ausgeschieden wird, ebensowenig ein Durchbruch in die Harnblase, da das Sediment alle Zeichen der Eiterung, wie der Zerstörung der Blase vermissen ließ. Die Möglichkeit einer paroxysmalen Hämoglobinurie, sowie Hämophilie war auf Grund der Anamnese sicher auszuschließen. T. sucht daher die Erscheinung mit Zuhilfenahme der Ehrlich'schen Lehre von der Hämolyse zu erklären. Der enorme Bluterguß hatte sich sehr rasch resorbiert, so daß der Organismus keine Zeit fand, die nötige Menge von Antiautolysinen zu bilden; infolge der überwiegenden Masse von Autolysinen war es daher zur Zerstörung der roten Blutkörperchen, Hämoglobinämie mit allen ihren Erscheinungen von Schüttelfrost, Hämoglobinurie, Nierenreizung gekommen.

Piering (Prag).

11) **F. Luksch** (Prag). Linksseitige Tubargravidität bei Polypus mucosus im linken Uterushorn.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 31.)

Die 38jährige Frau war bei einer Defäkation in Ohnmacht gefallen und ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben, am nächsten Tage gestorben. Die Sektion (Prof. Chiari) zeigte neben hochgradiger Anämie eine rupturierte Gravidität im Isthmusteile der linken Tube, dem Ende des 2. Monates entsprechend, und im linken Uterushorn einen $2^1/_2$ cm langen, adenomatösen Polypen mit decidualer Schleimhautbekleidung, dessen 7 mm breiter Stiel sich direkt an die uterine Ausmündung der linken Tube ansetzte. Das Corpus luteum saß im linken Ovarium. Augenscheinlich hatte der Polyp, dessen Schleimhaut an der menstruellen Anschwellung teilnahm, das Ostium uterinum tubae, wie die Sondierung ergab, ver-

legt, vielleicht auch die Pars isthmica komprimiert, so daß er als mechanisches Hindernis die Veranlassung der Tubargravidität wurde. Die Befruchtung des Eies in dieser Situation war zweifellos durch äußere Überwanderung des Samens erfolgt. Die histologische Untersuchung der Tubenwand ergab das Vorhandensein einer wirklichen Decidua, die Chorionzotten durchbrachen die Muskelschicht und reichten in der Nähe des Risses bis an das verdickte Peritoneum heran. Die Einbettung des Eies in der oberen Wand der Tube war somit interkolumnar (Werth) erfolgt, das weite Vordringen der Zotten erklärt das frühe Auftreten der Ruptur, deren unmittelbar auslösendes Moment die Steigerung des intraabdominellen Druckes beim Stuhlabsetzen gewesen war. **Piering** (Prag).

12) **Rieck** (Altona). Zur Behandlung der Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 31.)

R. empfiehlt so frühzeitig als möglich zu operieren, und zwar immer nur mittels abdominaler Eröffnung der Leibeshöhle, da gerade die Entfernung der Placenta und die Blutstillung der Placentarstelle oft große Schwierigkeiten bereitet und verschiedenes Vorgehen verlangt. Vorzuziehen ist hierbei der vaginale Leibschnitt, mittels welchem Verf. von 7 Fällen 6 operierte. In dem einen mittels abdominalen Leibschnittes operierten Falle wurde dieser wegen der Befürchtung, es könnten besonders schwere Verwachsungen vorhanden sein, angewendet. Sämtliche 7 Fälle sind glatt geheilt. Die Schwangerschaft war in diesen Fällen entwickelt im interstitiellen, isthmischen und ampullären Teil der Tube; der Fruchtsack war verwachsen im Douglas seitlich und vorn; keine dieser Lokalisationen bot besondere Schwierigkeiten bezüglich der totalen Entfernung des Fruchtsackes. Die Furcht vor einer nicht zu beherrschenden Blutung ist hierbei unbegründet. Die Rekonvaleszenz ist in den meisten Fällen eine glatte.

Die konservative Kolpoköliotomie, diese lebenssichere Operation, wird in Zukunft die Anwendung des abdominalen Bauchschnittes, bei dem allzu häufig der Aufwand an Vorbereitung und Assistenz, der gewaltige Eingriff und vor allem die Lebensgefährlichkeit und die späteren Nachteile in keinem Verhältnis zu dem stehen, was mit der Operation erreicht wird, mehr einschränken und sie wird als geeigneter Ausweg in zweifelhaften Fällen gewählt werden.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

13) **F. H. Champneys** (London). Ein Beitrag zum Studium der Naturgeschichte der Tubenschwangerschaft.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1902. Juni.)

Der Verf., Physician Accoucheur am St. Bartholomew's Hospital, gibt in der eingehenden Abhandlung einen höchst bemerkenswerten Beitrag zur Behandlung der Tubenschwangerschaft, welcher die Beachtung der Fachgenossen verdient, da er nicht unwesentlich abweicht von der allgemein herrschenden Ansicht.

Zunächst untersucht C. die Frage, unter welcher Diagnose früher, vor 20 Jahren und länger, die Tubenschwangerschaft mit ihren Ausgängen notiert worden ist. Er hat zu diesem Zwecke die Krankengeschichten seines Krankenhauses seit 1875, seit er in demselben tätig war, durchforscht. Bis 1877 stand die Abteilung unter der Leitung von Greenhalgh, von 1877—1891 unter Matthews Duncan, seit 1891 unter seiner eigenen.

Ersterer diagnostizierte häufig Hämatokele, während diese Diagnose unter Duncan selten war, dagegen sich häufig Perimetritis verzeichnet findet. Bis 1893 wurde selten Extra-uterin-Schwangerschaft vermerkt. Von 1865—1877 wurden 129 Fälle von Hämatokele diagnostiziert, wovon 5 starben, von 1878—1890 51 Fälle mit 2 Todesfällen.

C. hat selbst an gleicher Stelle seit 1891 75 Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft beobachtet. Bei der Behandlung ließ er sich von folgenden Prinzipien leiten:

Viele persönliche Beziehungen knüpfte er mit den Fachgenossen des Auslandes an. Er hat niemals Mühe und Zeit gespart: auf fast allen Kongressen des In- und Auslandes war Sänger ein gern gehörter und viel applaudierter Redner. Ein fremder Gynäkologe, der durch Deutschland reiste, hat Sänger's vorzüglich ausgestattete Privatklinik in Leipzig stets aufgesucht.

Dabei war Sänger ideenreich und schöpferisch. Seine Vorschläge zu neuer Technik, seine operativen Neuerungen und Versuche sind kaum zu zählen. Keine gynäkologische Affektion gibt es, wo nicht Sänger altes modifizierte, neues schuf und Anregung brachte. Wenn man die Namenregister der Jahresberichte und Lehrbücher durchsieht, Sänger's Name findet sich überall.

Die größte wissenschaftliche Tat war die Rehabilitierung des klassischen Kaiserschnittes. Wir alle waren schon auf dem besten Wege, die konservative Methode durch die Operation nach Porro völlig zu ersetzen, als Sänger für die alte Methode eintrat. Er behielt Recht. Es gelang ihm, alle Fachgenossen des In- und Auslandes zu überzeugen, daß es falsch sei, prinzipiell auf die Erhaltung des Uterus zu verzichten.

Sänger war ein hochbegabter und vielseitiger Mensch. Wer das Glück hatte, ihn als liebenswürdigen Wirt kennen zu lernen, in seinem von Kunst verschönten Heim, bei festlichen Gelegenheiten seine humorvollen und tiefempfundenen Tischreden zu hören, hat ihn gewiß auch als Menschen liebgewonnen.

Weit über die Grenzen Deutschlands hinaus war Sänger geachtet und geehrt. Viele ausländische Gesellschaften ernannten ihn zum Mitglied. Wo von dem siegreichen Aufschwunge der deutschen Gynäkologie im letzten Vierteljahrhundert gesprochen wird, ist Sänger's Name stets genannt.

Als Sänger seinen Wunsch, Ordinarius zu werden, endlich erfüllt sah, als sich alle seine Freunde herzlich freuten, daß der wohlverdiente Mann endlich sein Ziel erreicht hatte, mußte er in der Blüte seiner Jahre sterben.

Ein freundliches Andenken werden wir ihm alle bewahren! Die deutsche Gynäkologie hat in ihm einen schmerzlichen Verlust erlitten!

Fritsch.

Inhalt.

I.

Die Drainage nach Laparotomie.

Von

Albert Sippel.

Unter der Devise »Wider die Drainage« veröffentlichte Olshausen in Bd. XLVIII der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie p. 305 u. f. einen am 24. Oktober 1902 in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie gehaltenen Vortrag. Er bringt ein reiches und interessantes operatives Material bei, an der Hand dessen er für seinen bekannten Standpunkt eintritt, daß die Drainage nach Bauchschnitt verwerflich sei. Er teilt sein Material in vier verschiedene Kategorien ein:

1) Fälle, bei denen während der Operation Eiter oder Jauche in das Operationsgebiet austrat.
2) Operationen, bei welchen teilweise exstirpierte Tumoren mit Wundflächen zurückbleiben.
3) Operationen mit perforierenden Verletzungen des Darmes oder der Blase.
4) Unreinliche Operationen durch hochgradige Verunreinigung der Bauchhöhle mit Cysteninhalt, altem Blut u. dgl.

Aus der großen Anzahl von Heilungen nach Operationen, welche in eine dieser vier Klassen fallen, ohne daß drainiert wurde, folgert Olshausen, daß die Drainage überhaupt überflüssig, also verwerflich sei.

Es ist nicht meine Absicht, zur Erörterung der Frage: »Drainieren oder nicht?« auf die geheilten Olshausen'sche Fälle einzugehen. Würde ich das, so würden überhaupt nur die Fälle der ersten und dritten Kategorie für mich in Betracht kommen, da ich bei den beiden anderen Kategorien auch meinerseits nicht drainiere, allenfalls bei den Operationen der zweiten Klasse nach Mikulicz tamponiere. — Für mich sind von weit größerem Interesse die Todesfälle der Olshausen'schen Statistik. Ich würde nur dann

dem von Olshausen mitgeteilten Material eine Beweiskraft gegen die Drainage zuzuerkennen imstande sein, wenn man mir den Nachweis liefern könnte, daß alle die mitgeteilten Todesfälle den gleichen Ausgang hätten haben müssen, wenn sie sachgemäß drainiert worden wären.

Unter Bezugnahme auf eine von mir über das gleiche Thema gelieferte Arbeit (Monatsschrift Bd. X, p. 476) sagt Olshausen: »Man kann niemals mit Sippel sagen, welcher 4 Fälle von eitrigen Tumoren mitteilt, welche er bei Drainagebehandlung genesen sah, ohne Drainage wäre die Genesung unmöglich gewesen. Unter den oben mitgeteilten Fällen der Serie I sind verschiedene den Sippelschen Fällen ähnliche, die ohne Drainage genesen sind«. Es soll unerörtert bleiben, inwieweit die von mir mitgeteilten Fälle, die ich aus der Reihe meiner hierhergehörigen Operationen als für mich besonders beweisend ausgesucht habe, mit den geheilten Olshausen's ähnlich sind; ich will auch nicht hervorheben, daß sie mindestens dieselbe Ähnlichkeit mit einigen der gestorbenen Fälle Olshausen's haben. Ich gebe ohne weiteres zu, daß man mit mathematischer Sicherheit von keinem nach Drainage geheilten Falle behaupten kann, daß er ohne Drainage hätte sterben müssen. Absolute Kriterien für den zu erwartenden Verlauf haben wir nicht. Wir können unsere Schlüsse nur gründen auf unsere eigenen Erfahrungen, die Erfahrungen anderer und unsere durch experimentelle Studien gewonnene Kenntnis. Ich frage aber nun meinerseits: »Kann man mit Bestimmtheit behaupten, daß die Todesfälle des Olshausenschen Materials sämtlich diesen Ausgang genommen hätten, wenn man sachgemäß drainiert hätte?« Ich bin der Ansicht, daß man auch diese Frage niemals mit absoluter Bestimmtheit wird bejahen können, denn man wird mir zugeben müssen, daß auch hierfür keine absoluten Kriterien bestehen, daß nur die Erfahrung unser Urteil begründet. Wie Olshausen der Ansicht ist, daß meine Fälle auch ohne Drainage hätten heilen können, so bin ich der Ansicht und mit mir jedenfalls nicht wenige überzeugte Anhänger der Drainage, daß es vielleicht möglich gewesen wäre, den einen oder den anderen der gestorbenen Fälle Olshausen's eben durch die Drainage zu retten. — Jeder von uns beiden begründet seine Ansicht mit seiner Erfahrung, obwohl die Ansichten sich vollständig entgegengesetzt sind. Daraus geht für mich hervor, daß die strittige Frage zur Zeit auf diesem Wege eben noch nicht zur Entscheidung zu bringen ist. So lange wir nicht positive Anhaltspunkte haben, welche uns mit voller Bestimmtheit zu sagen ermöglichen: »Dieser Fall muß sterben, wenn er nicht drainiert wird«, werden wir nicht in der Lage sein, ein unbestreitbares abschließendes Urteil für oder wider die Drainage abzugeben. Und doch wird wiederum gerade der Erfahrung am Krankenbett im Laufe der Zeit es vorbehalten sein, in Verbindung mit den experimentellen Studien das entscheidende Wort zu sprechen. Die Erfahrung wird sich noch mehr als seither darauf erstrecken

müssen, daß man in den einzelnen Fällen besser darüber orientiert wird, ob es sich um sterilen Eiter handelt oder nicht, denn steriler Eiter erfordert keine Drainage. Ferner gilt es, die Art der Infektionserreger der nicht sterilen Fälle beurteilen zu können, sowie ihre Virulenz. Man wird exakte Erfahrungen darüber sammeln müssen, wie sich ein gesundes und ein in seiner Widerstandskraft und seinem Resorptionsvermögen geschädigtes Bauchfell den verschiedenen Infektionskeimen gegenüber verhält. Namentlich das normale Resorptionsvermögen hat durch die Arbeit Bonnet's über die Entstehung der Hämatokelen erneute Bedeutung gewonnen. Von großer Wichtigkeit werden Erfahrungen darüber sein, wenn nach Kontakt der Bauchhöhle mit infektiösen Stoffen Gewebe zurückbleibt, welches in seiner Ernährung geschädigt ist, oder Flächen, welche sezernieren müssen oder können, da hierdurch die günstigsten Nährböden für die vielleicht nur sehr wenig virulenten Infektionserreger entstehen, auf denen sie sich in der abgeschlossenen Bauchhöhle zu hoher Virulenz und Toxicität entwickeln können oder müssen. Bei den Verletzungen des Darmes wird es darauf ankommen, Erfahrungen darüber zu sammeln, wie sich die Heilung gestaltet, wenn die Verletzung eine gesunde normale Darmwand betrifft, oder nicht, wie der Austritt von Darminhalt wirkt etc. Bei Verletzung der Wand einer gesunden Blase kommt die Drainage wohl kaum in Betracht.

Einen besonders entscheidenden Wert wird die Erfahrung aber dann haben müssen, wenn ein und derselbe Operateur, nachdem er seither die einen Grundsätze für seine Operationen befolgt hat, zu der anderen Methode übergeht und wenn er dann seine nach beiden Methoden gewonnenen Resultate gegenüberstellt. Ein solcher Wechsel der Methode wird voraussichtlich nur von den nicht drainierenden Autoren erfolgen können, denn ich glaube nicht, daß ein überzeugter Anhänger der Drainage es über sich gewinnen wird, bei seinen Kranken auf das Gefühl erhöhter Sicherheit zu verzichten, welches ihm die Drainage nach Operationen gibt, bei denen die Bauchhöhle mit infektiösen oder der Infektiosität auch nur verdächtigen Stoffen in Berührung gekommen ist. — Für diejenigen Operateure, welche bis dahin nicht drainierten, wird ein versuchsweiser Wechsel in der Methode um so eher möglich sein, als ein das Leben bedrohender Schaden dadurch bei richtiger Ausführung sicherlich nicht hervorgerufen werden kann.

Mit einigen Worten muß ich noch auf die Ausspülung des Bauches nach solchen Operationen zu sprechen kommen. Olshausen verwirft sie wegen Chokwirkung. Mackenrodt bezeichnet sie in der Diskussion geradezu als Kunstfehler, weil er einen Fall an einer solchen Bauchhöhlenwaschung auf dem Operationstisch mit momentanen Stillstand des Herzens verloren haben will. Den Beweis für diesen Zusammenhang finde ich in seiner Mitteilung nicht. Freilich kann ich mir denken, daß eine zu starke mechanische Behandlung des Darmes namentlich bei unvollständiger Narkose nach Art des

Goltz'schen Klopfversuches einen reflektorischen Herzstillstand veranlassen kann. Ich selbst halte bei entsprechenden Fällen die Ausspülung des Bauches mit einige Grad über normale Körperwärme temperierter physiologischer Kochsalzlösung unter mäßiger Fallhöhe der aus einer gewöhnlichen großen Blechkanne gegossenen Spülflüssigkeit für eine außerordentlich heilsame Maßregel. Nie habe ich bei zahlreichen derartigen Spülungen eine ungünstige Einwirkung auf das Herz gesehen. Im Gegenteil hatten wir bei eitriger Peritonitis wiederholt den Eindruck, als würde der Puls direkt günstig beeinflußt. Ich möchte die Kochsalzlösung nicht mehr missen. Es würde mich hier zu weit führen, in eine Begründung dieses Standpunktes einzutreten. In meiner oben erwähnten Arbeit habe ich mich bereits darüber geäußert, sowie die Autoren angeführt, deren eingehendes Studium mich zum Anhänger der Drainage und der Kochsalzspülung gemacht hat. Ein Anhänger der trockenen Asepsis wird folgerichtig die Spülung verwerfen, während sie sich dem Rahmen der feuchten Asepsis, die ich für experimentell am besten begründet und die physiologischen Verhältnisse am meisten berücksichtigend halte, zwanglos einfügt.

II.

Geschichtliche Bemerkung.

Von

Dr. Piering in Prag.

Vor 4 Jahren hat Perlsee[1] eine neue Methode zur Einleitung von Frühgeburt und Abortus angegeben: Einführung eines 1 cm langen und 3 mm dicken Argentum nitricum-Stäbchens in die Uterushöhle (über den inneren Muttermund). Die sehr einfache Methode hatte sich in 4 Fällen gut und ohne spätere Nachteile bewährt, die Wehen setzten in 2—3—6 Stunden prompt und sehr kräftig ein, die Entbindung selbst, wie auch das Wochenbett verlief günstig, ein zweiter Eingriff oder Nachhilfe waren nicht nötig. In allen Fällen blieb auch das Ei intakt. Perlsee hatte dies Verfahren schon vorher mit gutem Erfolge bei anderen Affektionen angewendet (Bubonen, Atherome etc.), angeregt durch die Lang'sche Methode der Einspritzung von 2%iger Silbernitratlösung in Bubonen. Zweifellos ist Perlsee selbständig auf diese Art der Anwendung gekommen. Eine ganz ähnliche Idee, nur verschieden in der Art der Ausführung hat Giordano im Jahre 1866 angegeben: Kauterisation der Cervicalhöhle mit Höllenstein zur Einleitung des künstlichen Abortus. Die Monatsschrift für Geburtskunde Bd. XXII Hft. 1 berichtet darüber: »Mit den Resultaten der übrigen Methoden zur Einleitung des künstlichen Abortus nicht zufrieden, leitete G. denselben dadurch

---

[1] Prager med. Wochenschrift 1898. Nr. 29 u. 45. Vgl. Zentralblatt für Gynäkologie 1898. p. 1402; 1899. p. 1175.

ein, daß er mittels eines gewöhnlichen Ätzmittelträgers die Innenfläche der Cervix energisch ätzt. Das Verfahren ist einfach, leicht auszuführen und hat den Vorteil, daß nach Anwendung desselben das Ei in seiner Gesamtheit ausgestoßen wird; dabei ist die Wirkung so rasch, daß in den bisher beobachteten Fällen stets innerhalb 30 Stunden der Abortus vollkommen beendet war«. Trotz dieser Vorzüge haben beide Verfahren, soweit ich die Literatur überblicke, Nachahmung nicht gefunden, selbst nicht einmal Erwähnung in Werken, die sonst eine nahezu vollständige Aufzählung der Mittel bringen (Spiegelberg, Handbuch der Geburtshilfe, P. Müller u. a.). Auch die neueren Werke, Schauta u. a., übergehen diese Methode gänzlich, wohl mit Recht. Gilt es schon beim nicht graviden Uterus — in der Katarrhbehandlung — als unrichtig, Ätzmittel in konzentrierter Form einzuführen, so wird dieses Vorgehen beim graviden Uterus noch weit gefahrvoller sein müssen. Bei allgemeinerer Anwendung werden wohl Anätzungen des unteren Uterinsegmentes, in das der Stift zu liegen kommt, nicht ausbleiben und im günstigsten Falle daselbst Narben setzen, die bei späteren Geburten Anlaß zu Uterusrupturen geben können (vgl. Zentralblatt f. Gynäkologie 1901 p. 1227; 1902 p. 91).

III.

Ruptura cervicis centralis anterior sub abortu.

Von

Dr. O. Weiss in Hilchenbach.

Angeregt durch die Mitteilungen von F. Neugebauer, Wormser und Dirmoser in Nr. 31 und 48 dieses Zentralblattes über Cervicovaginalfisteln und ihre Entstehung, erlaube ich mir folgenden Fall als Beitrag zu diesem Thema zu veröffentlichen.

Igravida, 30 Jahre alt. Letzte Regel anfangs Juli 1902. Pat. kommt wegen starker Blutung. Status praesens: Schwächliche, gracile Person. Introitus und Vagina ohne Besonderheiten. Portio zapfenförmig. Äußerer Muttermund leicht ektropisch, mäßige Blutung aus demselben. Gebärmutter anteflektiert, gut gänseeigroß, weich, beweglich. Adnexe ohne krankhafte Veränderungen. Diagnose: drohender Abort. Bettruhe, Morphium.

8. November Blutung stärker; vereinzelte Wehen; lockere Scheidentamponade. 9. November Tamponade, Vorlage und Unterlage durchgeblutet; Wehentätigkeit hat wieder ausgesetzt. 10. November regelrechte Wehentätigkeit. Äußerer Muttermund durchgängig; Blutung gering. Nachts spontane Geburt eines macerierten Fötus, der der Mitte des 5. Monates der Schwangerschaft entspricht. Nachgeburt festsitzend.

In der rechten Vorderwand der Cervix ist ein etwa 2 cm langer, sagittal verlaufender Riß zu fühlen, der von dem äußeren Muttermund durch eine etwa 1 cm breite, derbe Gewebsbrücke getrennt ist. Daß durch diesen Riß tatsächlich die Geburt erfolgt ist, beweist die im Riß fühlbare Nabelschnur. Der äußere Muttermund ist bequem für 2 Finger durchgängig, aber unnachgiebig und starr. Credé erfolglos. Daher wird die Placenta mit dem Finger gelöst und durch den Riß exprimiert. Bei dieser Lösung der im Fundus sitzenden Placenta konnte der eingeführte Finger in der Hinterwand der Gebärmutter ein gut walnußgroßes inter-

stitielles Myom feststellen, das bei den vorhergehenden Untersuchungen übersehen war. Da nach Entfernung der Placenta die Blutung nur mehr gering war und die Ränder des Risses bei guter Uteruskontraktion aneinander lagen, so wurde von einer Naht abgesehen und nur die Scheide mit steriler Gaze fest tamponiert. Glatter Verlauf. Befund bei der Entlassung am 11. Tage: Riß primär geheilt, glatte Narbe. Spärlicher grau-gelblicher Ausfluß.

Wenn nun auch im vorliegenden Falle eine Mutterhals-Scheidenfistel der Portio vaginalis uteri in Wirklichkeit nicht zurückgeblieben ist, so dürfte er gleichwohl für die Lehre von der Entstehung derartiger Fisteln nicht uninteressant sein.

F. Neugebauer hat in Nr. 31 dieses Zentralblattes 9 Fälle zusammengestellt, in denen die Geburt beziehungsweise der Abort durch einen Riß der Cervicalwand erfolgt ist, und zwar erfolgte in allen neun Fällen die Geburt durch die hintere Wand. Diesen neun Fällen wäre demnach mein Fall als zehnter anzureihen, jedoch durch die bemerkenswerte Seltenheit unterschieden, daß der Austritt der Frucht durch einen Riß der vorderen Cervicalwand erfolgte.

Als Ursache der Fehlgeburt ließ sich Lues nicht mit Sicherheit ausschließen, da der Vater unbekannt und an der macerierten Frucht sichere Zeichen für Lues nicht nachweisbar waren. Für die mikroskopische Untersuchung waren die Gewebe bereits unbrauchbar. Auszuschließen sind artifizielle Maßnahmen, da Pat. beschränkt und völlig unerfahren ist. Ob und wie weit dagegen das Myom ursächlich mit dem Absterben der Frucht und der dadurch herbeigeführten vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft zusammenhängt, wage ich nicht zu entscheiden.

Bemerkenswert ist die Eröffnung des äußeren Muttermundes bis auf 2 Finger Durchgängigkeit und die Tatsache, daß bei der letzten Untersuchung am Abend vor der Geburt von einer Vorwölbung der vorderen Cervicalwand keine Spur zu merken war. Allerdings war die Pat. als ältere Erstgebärende durch Rigidität der Cervicalmuskulatur zu einem Cervixriß prädisponiert. Jedoch war die Annahme durchaus berechtigt, daß die einmal begonnene Eröffnung des äußeren Muttermundes fortschreiten würde, wenn auch langsam, wie bisher. Statt dessen erfolgt sozusagen plötzlich die Geburt durch die unverletzte Cervicalwand.

IV.

Ein Fall von Prolapsus uteri inversi.

Von

Dr. E. Funke in Melle i/H.

Kaltenbach schreibt in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe 1983 p. 350: »Die puerperale Inversion kommt unter 100—200 von Geburten kaum einmal vor und ist namentlich in jenen Ländern recht selten, wo die Überwachung der Geburt in sachverständiger Hand liegt«.

Ich glaubte deshalb der Statistik durch Veröffentlichung meines Falles dienen zu können.

Pat., 27 Jahre alt, IIpara. Am 7. November 1900 erstes Kind. Es erfolgte eine heftige atonische Nachblutung, von der Pat. sich nur schwer erholte. Schon während der ersten Gravidität wurde die Frau heiser und klagte über Halsschmerzen, die nach der Geburt bis auf geringe Heiserkeit nachließen. Während der zweiten Schwangerschaft nahmen die Halsbeschwerden sehr zu und die Frau kam vor 4 Wochen in meine Behandlung. Ich konstatierte Kehlkopftuberkulose, mit der sie erblich belastet war. Starke ödematöse Schwellung der Mucosa des Kehlkopfes, Schwellung der Epiglottis und anliegender Rachenteile wie Zungengrund. Unter Menthol und Tannin geringe Besserung. Die Schwangerschaft verlief ohne jede Störungen.

Am 27. November 1902 schnell gerufen, finde ich folgendes Bild: Die schwächlich gebaute Frau leichenblaß in Agone. Der Tod trat in wenigen Sekunden ein, während ich mein Augenmerk auf das aus der Scheide herausragende und zwischen den etwas gespreizten Oberschenkeln liegende Gebilde richtete. Aus der Vulva ragte ein 15 cm langer, ziemlich glatter, wurstförmiger Körper heraus, nach unten etwas dicker. An diesen schloß sich in gerader Linie weiter die unverkennbare Placenta mit Eihäuten an, die bis handbreit oberhalb des Knies reichten. Ich ergriff die Placenta, sie war fest an dem wurstförmigen Körper geheftet, letzterer konnte also nur der Uterus sein. Die Untersuchung des Abdomens ergab derartig schlaffe Bauchdecken, daß ich jedes Organ, Wirbelsäule etc. abtasten konnte, der Uterus fehlte im Abdomen. Über die Geburt, der ich leider nicht beiwohnte, erfuhr ich von der Hebamme folgendes:

Um $^1/_2$7 Uhr erste Wehen, Schädellage. Atemnot, heftige Hustenstöße. $^1/_4$ nach 7 Uhr wird das Kind (Knabe) geboren, und zwar als ein sehr starker Hustenanfall einsetzt. Die Geburt erfolgt so rasch, daß das Kind gewissermaßen auf einmal herausgleitet. Während das Kind geboren wird, ist der Hustenanfall auf der Höhe. Die Hebamme nabelt das Kind ab und bringt es bei Seite. Zurückgekehrt findet sie alles unverändert, fühlt mit der rechten Hand in die Scheide und findet dort einen harten Gegenstand! Sie sendet sofort nach mir. Währenddessen geht sie wieder zum Kinde, als der Mann sie zurückruft (15 Minuten nach Ausstoßung des Kindes). Sie findet die Frau in einem starken Hustenanfall und in diesem Anfall tritt plötzlich der eingangs erwähnte Tumor (Uterus und Placenta) heraus. Im selben Augenblick verändert sich aber auch das Aussehen der Frau, dieselbe wird blaß, bekommt stark röchelnden Atem und starre Augen, liegt also in Agone. Mit dem Uterus zugleich kommt eine beträchtliche Menge Blutes. In diesem Augenblicke trete ich ins Zimmer, sehe die Frau in den letzten Atemzügen, jede Therapie verbot sich von selbst.

Zu erwähnen wäre noch, daß die Frau kurz nach der Geburt des Kindes über äußerst heftige Schmerzen im Leibe klagte.

Die Ursache des Prolapsus uteri inversi ist klar. Kaltenbach gibt 3 Ursachen an. Zug an der Innenfläche, Druck von außen oder spontan, Zug an der Innenfläche durch manuellen Zug an der Nabelschnur bei noch festhaftendem Kuchen oder auch Zug an der teilweise gelösten Placenta. Zweitens durch Druck von außen durch die Bauchpresse oder manuelle Expression. Beide Fälle treffen in unserem Falle nicht zu.

Die Bauchpresse zusammen mit dem Festsitzen der Placenta möchte ich als Ursache annehmen. Die Hustenstöße waren bei der durch Kehlkopftuberkulose bedingten Atemnot sehr stark. Kaltenbach schreibt mit Beziehung auf die spontane Inversion, daß zu-

nächst — vielleicht durch Lähmung oder mangelhafte Entwicklung der Uterusmuskulatur an der Placentarstelle — eine dellenartige Einstülpung des Gebärmuttergrundes entsteht. Dieselbe wirkt auf die Uterüsinnenfläche wie ein Fremdkörper und rufe peristaltische Kontraktionen hervor, welche ähnlich wie bei Intussusception des Darmes die invertierte Partie immer weiter herabtreiben. Da der Uterus vollkommen schlaff war, so wirkten die ungemein starken Hustenanfälle auf den Bauchinhalt derart, daß der große feste Körper, die Placenta nach dem Orte des geringsten Widerstandes gedrängt wurde, d. h. in die Scheide und weiter hinaus. Der Uterus, gewissermaßen ein schlaffer Sack, setzte der Bauchpresse keinen Widerstand entgegen, sondern folgte der fest anhaftenden Placenta einfach nach.

V.

Eine Modifikation des Hegar'schen Nadelhalters.

Von

Dr. Georg Burckhard in Würzburg.

Während meiner Tätigkeit als Assistenzarzt an der hiesigen kgl. Universitäts-Frauenklinik führte Herr Prof. Hofmeier bei der Naht der Bauchdecken nach Laparotomien für die Vereinigung der durchtrennten Haut die subkutane Naht nach Pozzi ein, die in der Folge auch beibehalten wurde. Es zeigte sich bald, daß zur Ausführung dieser Naht sich die Hagedorn'schen Nadeln als sehr viel praktischer erwiesen wie die gewöhnlichen, da sie leichter durch die Gewebe durchzuführen waren und auch kleinere Verletzungen setzten. Als großer Übelstand erschien mir damals schon die Notwendigkeit der Anwendung des Hagedorn'schen Nadelhalters. Im Gegensatz zu dem einfachen soliden Hegar'schen Halter, an dem Reparaturen so gut wie ausgeschlossen sind, und mit dem sonst ausschließlich in der Klinik genäht wurde, befand sich der Hagedorn'sche fast nach jeder Operation beim Instrumentenmacher. Ich besann mich deshalb, ob man an dem Hegar'schen Halter nicht eine Modifikation anbringen könne, mittels derer es gelänge, sowohl gewöhnliche wie Hagedorn'sche Nadeln zu fassen, zugleich eine Vereinfachung des chirurgischen Instrumentarium erstrebend, indem die beiden Nadelhalter in einem vereinigt würden.

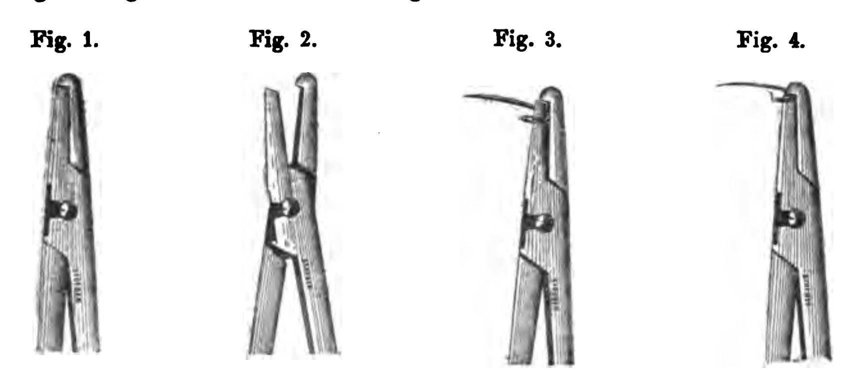
Die Abänderung des Hegar'schen Halters, die ich an demselben machen ließ[1], besteht darin, daß das Maul desselben sich nicht bis an die Spitze öffnet (Fig. 1), sondern daß auf der einen Seite, in der Figur auf der rechten, die Branche nicht bis an die Spitze des Halters reicht, sondern etwa $1/2$ cm unterhalb desselben endet, während das ihr fehlende Stück der linken Branche zugefügt ist. An

---

[1] Der Nadelhalter wird von Herrn Instrumentenmacher Stoeber, Würzburg, Schönbornstraße, zum Preise von 7 *M* (für handgeschmiedetes Instrument) geliefert.

der Stelle, an der die beiden Branchen zusammentreffen, stoßen sie nicht parallel aufeinander, sondern der Schluß erfolgt in keilförmiger Gestalt, so daß nach innen zu eine kleine Lücke vorhanden ist. Fig. 2 zeigt den Nadelhalter in geöffnetem Zustand.

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.



Die Benutzung des so modifizierten Nadelhalters ist eine doppelte. Wie aus Fig. 3 ersichtlich ist, kann man mit demselben die gewöhnlichen Nadeln in der bisher üblichen Art fassen. Das geknöpfte Ende der linken Branche stört dabei in keiner Weise und steht auch nicht über die andere hervor.

Will man mit dem Halter Hagedorn'sche Nadeln benutzen, so faßt man dieselben in den durch Zusammenstoßen der verkürzten rechten mit der geknöpften linken Branche entstandenen Querspalt (Fig. 4). Stärkere Nadeln setzt man möglichst weit nach hinten ein; die hier gebildete dreieckige Lücke verhindert bei diesen, daß der Nadelhalter zu stark klemmt. Wollte man feine, z. B. Fistelnadeln ebenso fassen, so würden sie keinen Halt haben, sondern aus dem Halter herausrutschen. Damit derselbe aber auch für diese feinen Nadeln brauchbar sei, wurde dem Verschluß die keilförmige Gestalt gegeben. Mittels dieser schließt derselbe je weiter nach außen um so kräftiger, und man braucht feine Nadeln nur etwas weiter nach dieser Richtung einzusetzen; sie werden genau ebenso fest gefaßt wie die stärkeren Nummern.

Allerdings stehen eben infolge der keilförmigen Gestalt des Verschlusses die Nadeln nicht genau senkrecht zum Halter; dies erscheint mir jedoch als ein kleiner Übelstand, da man denselben für gewöhnlich doch nicht an den beiden Ösen, sondern weiter oben mit der vollen Hand faßt, und so diese kleine Abweichung der Nadelstellung leicht korrigieren kann.

Durch diese einfache Modifikation, die sich an jedem anderen Nadelhalter, der ein ähnlich gestaltetes Maul besitzt wie der Hegar'sche, z. B. dem v. Langenbeck'schen oder Roser'schen, anbringen läßt, glaube ich, den komplizierten Hagedorn'schen Halter gänzlich vermeiden zu können. Herr Prof. Hofmeier hatte auf meine Bitte die Freundlichkeit, den Halter versuchsweise zu benutzen

und hat denselben, wie er mitteilte, als praktisch befunden; ich selber habe mich des Halters mehrmals mit Erfolg bedient.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gynäkologische Sektion des kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest.

30. Sitzung am 22. Januar 1901.

Vorsitzender: Herr v. Késmárszky; Schriftführer: Herr Tóth.

Nach Eröffnung der Sitzung und Verlesung des Jahresberichtes wird die Neuwahl der Sektionsleitung vorgenommen.

Es wurden einstimmig gewählt: zum Präsidenten: Theodor v. Késmárszky; Vizepräsidenten: Julius Elischer; Schriftführer: Stefan Tóth; Sekretär: Rudolf Temesváry; Kassierer: Moritz Liebmann; Bibliothekar: Josef Lovrich.

Demonstrationen:

I. Herr Gustav Dirner: a. Ein Fall von Uterus bicornis; b. Probelaparotomie wegen eines malignen Tumors.

II. Herr Alexander Doktor: Myoma cysticum.

Es handelt sich um eine, seit 8 Jahren sich bildende Geschwulst, welche in den letzten 3 Jahren rapid gewachsen ist, Schmerzen jedoch niemals verursacht hat. Die gründlichste Untersuchung konnte keine präcise Diagnose ergeben. Man konnte an eine Ovarialgeschwulst, an Echinokokkus, auch an einen Tumor der Leber denken. Die Laparotomie ergab ein Fibroma cysticum, und die Geschwulst präsentierte sich als ein Uterustumor; das Totalgewicht desselben betrug 7,5 kg, die aus demselben mittels Trokar entleerte Flüssigkeit 6,5 Liter. Die Heilung erfolgte ohne Störung, und nach 4 Wochen verließ die Pat. die Klinik.

II. Herr Josef Lovrich: Zwei Fälle von Drillingen.

Herr L. wurde zur Wöchnerin nach der bereits erfolgten Geburt des ersten Kindes gerufen. Bauchumfang 106 cm; Querlage, von den Herztönen bloß einer vernehmbar. Nach der Extraktion des zweiten Kindes bemerkte er die dritte Frucht, welche jedoch tot zur Welt kam. Es waren Knaben, der zweite folgte dem ersten nach einer Stunde, der dritte dem zweiten nach kaum 1/4 Stunde. Abgang der Nachgeburt ohne Schwierigkeiten, auch der Verlauf des Wochenbettes normal.

Im zweiten Falle war der Bauchumfang 100 cm. Bei der äußeren Untersuchung waren viel kleine Teile fühlbar, was eine Zwillingsgeburt ahnen ließ. Um 5 Uhr nachmittags erfolgte die Geburt des ersten, 12 Minuten später ganz spontan die des zweiten und weitere 6 Minuten nachher die des dritten Kindes. Verlauf des Wochenbettes normal.

In beiden Fällen hatte die erste Frucht eine separate Placenta, während die zweite und dritte in beiden Fällen eine gemeinsame Placenta besaß.

---

31. Sitzung am 5. Februar 1901.

Vorsitzender: Herr v. Késmárszky; Schriftführer: Herr Tóth.

I. Herr Lazar Nenadovich: Untersuchungen und mikroskopische Präparate der Frau Dr. Ulesko-Stroganova.

Verf. bespricht zuerst die Struktur der Placenta auf Grund der Untersuchungen der Ulesko-Stroganova, welche sich hauptsächlich auf die embryologische Entwicklung der Placenta beziehen. Nachher kommt er auf die anatomischen Verhältnisse der Haftstelle der Placenta bei Tubargravidität zu sprechen, und indem er die mikroskopischen Präparate der Arztin demonstriert, erläutert er die bei Tubargravidität vorhandenen Abweichungen.

An der diesem Vortrage sich anschließenden Diskussion nahmen die Herren Lovrich, Nenadovich, Szász-Schwarz und v. Késmárszky teil.

II. Herr Lazar Nenadovich: Chirurgische Prinzipien und Erfolge des Prof. v. Ott.

Autor weilte mehrere Male längere Zeit an der Klinik des Prof. v. Ott in St. Petersburg und bespricht in diesem Vortrage den Standpunkt, den der Genannte in Bezug auf operative Eingriffe bei Tubargravidität, bei Cysten und sonstigen Ovarialgeschwülsten einnimmt. Auch über die Art und Weise der Karzinomexstirpation, sowie im allgemeinen über die operative Technik Prof. v. Ott's spricht sich Autor sehr lobend aus und schreibt ihr die günstigen Heilerfolge zu.

III. Herr Hugo Szász-Schwarz: Über histologische Veränderungen im Uterusgewebe, bedingt durch die puerperale Involution.

In seinen früheren Untersuchungen[1], über deren Ergebnisse Vortr. am 8. Mai an dieser Stelle berichtete, ist er zu dem Resultate gekommen, daß man in Uteri von Frauen vorgerückten Alters hauptsächlich zweierlei Veränderungen der Gefäße beobachten kann. Die eine, bei der man neben einer besonderen Veränderung der elastischen Fasern Verdickung der Intima und regressive Metamorphosen verschiedener Art, hauptsächlich des Gewebes der Media, begegnet, hat Vortr. als angiosklerotische geschildert; die andere, in deren histologischem Bilde exzessive elastische Massen von eigentümlicher hyaliner Degeneration dominieren, wurde wegen der nur unbedeutenden Verdickung der Intima, ferner wegen Mangel der in sklerotischen Gefäßen sichtbaren regressiven Metamorphosen aus dem Rahmen der Angiosklerose ausgeschlossen und dieselbe mit vorausgegangenen Geburten, resp. mit der puerperalen Involution der Gebärmutter in kausalem Zusammenhang gebracht.

Diese Untersuchungen wurden damals hauptsächlich an Uteri von 65—85 Jahre alten Frauen gemacht; infolgedessen bekam Vortr. das Resultat längst abgelaufener Prozesse zu sehen, deren histologisches Bild durch einen anderen Prozeß, durch welchen, wie Vortr. darauf in seiner oben erwähnten Arbeit hingewiesen hat, das elastische Gerüst des Uterus, sowie das der Gefäße in großem Maße verändert wird, mehr oder weniger modifiziert oder verdeckt wurde — nämlich durch die senile Atrophie der Gebärmutter. Nichtsdestoweniger brachte Vortr. die oben erwähnte Gefäßveränderung zweiter Art schon damals mit der puerperalen Involution der Gebärmutter in kausalen Zusammenhang, indem er von der Beobachtung ausging, daß er weniger vorgeschrittenen Phasen dieser Gefäßveränderungen auch in Uteri junger Frauen begegnet ist, die eine puerperale Involution schon durchgemacht haben, während er dieselben in Uteri von Nulliparen niemals zu Gesicht bekam.

Weitere diesbezügliche Untersuchungen an größerem Materiale des zweiten pathologischen Instituts und der zweiten Universitäts-Frauenklinik haben zu diesen seinen Behauptungen stets neue Beweise geliefert und Vortr. zur Erkenntnis gebracht, daß zwischen dem elastischen Gerüste der Gefäße und der Uteruswandung von Nulliparen und demjenigen von Frauen, deren Uteri wenigstens eine puerperale Involution durchgemacht haben, große Unterschiede qualitativer und quantitativer Art vorhanden sind, auf Grund welcher man dieselben voneinander mit Bestimmtheit unterscheiden kann. — Die Präparate und Mikrophotogramme veranschaulichen die erwähnten Veränderungen, deren ausführliche Schilderung in einer eben im Druck befindlichen Arbeit des Vortr. (Weitere Untersuchungen über Veränderungen des elastischen Gewebes der Gebärmutterwandung und deren Gefäße. Beiträge zur Kenntnis der puerperalen Involution. Un-

[1] Contributions à la pathologie des vaisseaux de l'utérus. Comptes rendus de la soc. de biologie à Paris 1900. Séance du 17. mars. Vorläufige Mitteilung; und Über Veränderungen des elastischen Gewebes der Uterusgefäße. Ungarisches Archiv für Medizin 1900. Ausführlich.

garisches Archiv für Medizin 1901. Hft. 3.; enthalten ist. Die hauptsächlichsten Ergebnisse der Untersuchungen des Vertr. sind folgende:

1, Bei Nulliparen ist das elastische Gerüst der Uteruswand und deren Gefäße sehr schwach entwickelt. Grasile Fasern. Die Elastica interna der Arterien deutlich wahrnehmbar.

2, Mit der Anzahl der Geburten resp. puerperalen Involutionen wächst die Masse des elastischen Gewebes der Gefäße und der Wandung. Ein Teil der Fasern zerfällt in hyaline Schollen, welche die histochemischen und tinktoriellen Eigenschaften normaler Fasern beibehalten haben.

3 Bei chronischer Metritis nimmt das elastische Gerüst an der Hypertrophie und Hyperplasie kaum wahrnehmbaren Anteil.

4, An einer Anzahl der Arterien ist die Elastica interna bei Multiparen verdickt, gewunden; an der äußeren Peripherie der Media ist ein die Elastica interna an Masse weit übertreffender elastischer Ring hyaliner, gedunsener Fasern zu beobachten (Zeichen der puerperalen Involution). Die Venen besitzen auch nach der puerperalen Involution keine Elastica interna. Hingegen ist der adventitielle Ring viel gewaltiger entwickelt. Häufig mehrere konzentrische adventitielle Ringe. (Puerperale Veränderungen.)

5, Mit der Zahl der Geburten wächst die Zahl der auf die beschriebene Art veränderten Gefäße.

6) Die mit der Anzahl der Geburten einhergehende größere Masse elastischen Gewebes in hyaliner und scholliger Degeneration kann in Verbindung mit Veränderungen am eigentlichen Muskelgewebe in gewissen Fällen von Atonie nach der Geburt, sowie von spontaner Uterusruptur als erklärendes histologisches Substrat dienen.

---

32. Sitzung am 12. März 1901.

Vorsitzender: Herr v. Késmárszky; Schriftführer: Herr Tóth.

I. Herr Tóth: Drei geheilte Fälle von Uterusruptur.

a. Der erste Fall betrifft eine 43jährige VIIIpara, bei welcher fast kein Puls mehr zu fühlen war und innere und externe Untersuchung bei mäßiger Blutung Uterusruptur ergab. Die in die Bauchhöhle ausgetretene Frucht wird bei den Füßen, die Placenta mittels der Nabelschnur herausgezogen, worauf die prolabierten Gedärme reponiert und sowohl die Rupturstelle, wie auch der Uterus tamponiert werden. Vom 3. Tage an tritt Fieber in Begleitung von Peritonitiserscheinungen auf; in der Bauchhöhle entwickelt sich eine Geschwulst, aus welcher am 15. Tage des Wochenbettes große Mengen von Eiter hervorbrechen, worauf Drainage angewendet wird. Bei dieser Behandlung erfolgt nach 3 Monaten Genesung. Auf der Durchbruchsstelle entstand ein Bruch, wogegen eine Bauchbinde benutzt wird.

b. 32jährige VIIpara, II. und III. Partus mit toter Frucht, V. Partus Querlage; Wendung.

Status: I. Schädellage, Muttermund 3 Finger weit, über dem Beckeneingange beweglicher Kopf; intensive Wehen. Temperatur 37,9°, Puls 88. 2 Stunden später klagt Pat. über Schmerzen in der Herzgegend, Uterus kontrahiert, Muttermund im Verschwinden, Kopf beweglich, aus der Scheide Blutrieseln, Frucht lebt. Puls 124. Die in Narkose vorgenommene Untersuchung bestätigt den Verdacht auf Uterusruptur, Kopf in die Bauchhöhle hinausgetreten. Perforation, Fruchtextraktion, auf welche die Placenta nachfolgt. Ruptur und Uterus werden tamponiert und Pat. in die Klinik befördert. Daselbst erfolgt die Totalexstirpation des Uterus und am 19. Tage verläßt Pat. gesund die Klinik.

c. 29jährige VIIpara, spontane Geburten, die zwei letzten mit toter Frucht. Es handelte sich angeblich um eine Zwillingsgeburt, wobei die erste Frucht um 4 Uhr früh in maceriertem Zustande von der Hebamme herausgezogen wurde während die zweite am selben Tage nachmittags noch tief innen sitzt. Der vorgefundene Status: Bauch gebläht, sehr empfindlich. Temperatur 36,8°, Puls 90 bis 100; aus der Scheide Blutrieseln, Blase ad maximum gefüllt. Das hintere Scheidengewölbe ist quer halbkreisförmig durchrissen und die hintere Wand der Cervix durch eine hoch nach oben verlaufende sagittale Ruptur geöffnet, durch welche das Kreuzbein unmittelbar zu fühlen ist. (Dies wurde von der Hebamme als zweite Frucht betrachtet.) Nach erfolgter Tamponade wird Pat. in die Klinik befördert, welche sie — ohne operativen Eingriff — am 28. Tage geheilt verläßt.

II. Herr Doktor: Zwei Fälle von Uterussarkom.

a. 53jährige XIVpara, stets gesund; in ihrem 50. Lebensjahre, bis zu welcher Zeit die Menstruation regelmäßig erfolgte, trat eine 9 Monate andauernde Blutung auf, welche nach einer Polypentfernung aufhörte, später aber wieder auftrat. Status: im beträchtlich vergrößerten Uterus ist bei offenem Muttermunde ein polypartiger Tumor fühlbar. Totalexstirpation des Uterus per vaginam. Genesung. Nach erfolgter mikroskopischer Untersuchung wird die Diagnose auf Sarkom gestellt.

b. 61jährige Pat., seit 3 Jahren unregelmäßige Blutungen, zu welchen sich in letzter Zeit Unterleibsschmerzen hinzugesellt haben. Pat. ist stark entkräftet, und aus dem 2 Finger breiten Muttermunde hängt eine glatte, weiche, leicht auseinanderfallende, polypartige Geschwulst in die Scheide hinab, welche mit dem Finger ohne Schwierigkeit entfernt und unter dem Mikroskop als Myxosarkom diagnostiziert wurde. Uterus konnte infolge der gesteigerten Empfindlichkeit des Bauches nicht genau untersucht werden, jedoch war konstatierbar, daß die Geschwulst bis ins rechte Parametrium reichte. An eine Exstirpation war also nicht zu denken. 8—10 Tage nach der ersten Polypentfernung war wieder eine taubeneigroße Geschwulst vorhanden, und einen Monat später war auch schon von außen der kindskopfgroße Uterus fühlbar und 3 Monate nachher starb Pat. unter Symptomen von Marasmus.

III. Herr Lovrich: Zwei Fälle von Ovarialabszeß im Corpus luteum.

Im ersten Falle handelt es sich um eine 24jährige Ipara, welche nach ihrem ersten Wochenbette 6 Wochen hindurch gefiebert, nachher aber 4 Jahre lang sich ganz wohl gefühlt hat. Seit einem Jahre fühlt sie Schmerzen im Bauche und seit einem halben Jahre eine Geschwulst in demselben. Schüttelfrost, Hitze trat öfters auf, ebenso stechende Schmerzen beim Urinieren. Diagnose: Pyosalpinx lat. dextri. Bei der nach 3wöchentlicher Observation vorgenommenen Laparotomie wurde ein rechtsseitiger, mit dem Blinddarm eng zusammenhängender, von Mesenterium bedeckter Adnextumor gefunden und in toto entfernt. Auf der anderen Seite wurde ebenfalls ein eigroßer Tumor, welcher aus der verdickten Tube und mit derselben eng verwachsenem Ovarium bestand, exstirpiert. Ein Monat nach der Operation erfolgt vollkommene Genesung. Die Untersuchung des rechtsseitigen Tumors ergab folgendes: Die Tube bildet einen blind endenden Sack, deren Wand mit dem Gewebe des Ovariums ganz verwachsen ist; die Schleimhaut ist verdickt und der ganze Hohlraum mit Eiter ausgefüllt. Ovarium vergrößert, und in dem der Tube entgegengesetzten Pole desselben, nahe zur Bauchoberfläche wurde ein mit Eiter gefüllter Hohlraum — größer als eine Nuß — gefunden, dessen innere Fläche mit einer schwer abziehbaren, von papillären Wucherungen bedeckten und einen gelben Streifen bildenden Membran ausgekleidet ist. Diese gelbe Farbe und papillären Wucherungen sind das Charakteristikon für Ovarialabszesse im Corpus luteum.

Der zweite Fall stammt von einer 27jährigen IIpara, die schon vor 8 Jahren gelegentlich ihrer ersten Schwangerschaft über Erscheinungen von Prolapsus uteri klagte. Bei der Aufnahme in die Klinik wurde beiderseitiger Adnextumor, Retroflexio uteri und Prolapsus konstatiert. 3 Monate vor der per vaginam

vorgenommenen Operation wurde Pat. nebst heißen Irrigationen mit Massage ständig behandelt, worauf der Uterus beweglich, der rechtsseitige tubo-ovariale Tumor kleiner und der linksseitige ebenfalls mobil wurde. Nach der Operation erfolgte Heilung ohne Zwischenfall. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors resultierte auch hier als Diagnose einen Absceß im Corpus luteum.

Herr Doktor: In Bezug auf den zweiten Fall weist er auf die gute Wirkung der Massage hin, insbesondere, daß trotz Vorhandenseins von Eiter während der 3 Monate angewendeten Massage weder Fieber noch Empfindlichkeit bemerkt wurde.

Herr Tauffer, den Fall a posteriori beurteilend, hält es für zweckmäßiger, ohne Massage operativ einzugreifen.

Herr Doktor: Die Anwendung der Massage hat sich in diesem Falle vorzüglich bewährt und sei empfehlenswert.

Herr v. Késmárszky schließt sich Doktor's Meinung an. Es sei nicht notwendig gleich zu operieren, denn durch die Massage könnten die Operationsverhältnisse verbessert werden.

IV. Herr Josef Lovrich: Frühzeitige Lösung einer normal sitzenden Placenta bei Abortus.

Die 29jahrige IVpara wurde wegen hochgradiger Anämie aus der Provinz in die I. Frauenklinik geschickt. Der Status praesens ergab folgendes: Fundus uteri in der Höhe des Nabels, in der rechten Ecke des Uterus eine gut hervortretende, ungefähr faustgroße Geschwulst. Uterus weich, Scheide voll mit gestocktem Blute, Muttermund 2 Finger breit, und durch die stark gespannte Blase ist der Schädel der Frucht fühlbar; von einer Placenta nirgends eine Spur. Nach einer Woche erfolgt nach Abgang des Fruchtwassers spontane Geburt der Frucht und Placenta; hinter letzterer eine faustgroße Menge gestockten Blutes. Bei normaler Temperatur, jedoch etwas vermehrtem Puls verließ die Pat. am 16. Tage gesund die Klinik. Die frühzeitige Lösung der Placenta war hier die Ursache des Abortus. Dieselbe setzte sich im rechten Winkel des Fundus fest und stellte sich als faustgroßer Knollen dar. Der Grund der frühzeitigen Lösung der Placenta konnte nicht festgestellt werden.

V. Herr Stefan Tóth: Ein Fall extra-uteriner Schwangerschaft.

Die 36jährige Nullipara wurde mit den wahrscheinlichen Symptomen der Schwangerschaft in die Tauffer'sche Klinik gebracht. Die genauere Untersuchung bestätigte die Annahme, und das inmitten vollkommenen Wohlbehagens plötzlich aufgetretene Unwohlsein läßt auf eine Ruptur eines extra-uterinen Eisackes schließen; Blutabgang wenig, Annahme von Hämatokele ist infolge der 84 Pulsschläge ausgeschlossen. Pat. wird in vollständige Ruhe gebracht, Schmerzen werden gelinder, doch am 7. Tage steigern sich dieselben, es treten heftige Krämpfe auf, und nachdem eine wiederholte Ruptur droht, nimmt am nächsten Tage Prof. Tauffer die Laparotomie vor. Totale Exstirpation des Eisackes. Ungehinderter Heilungsprozeß. Dieser Fall spricht auch für die Richtigkeit des Standpunktes, daß bei extra-uteriner Schwangerschaft die Operation, allerdings jedoch nicht per vaginam, sondern per laparotomiam vorzunehmen sei.

VI. Herr Paul Kubinyi: Insertio velamentosa. Demonstration.

---

33. Sitzung am 12. November 1901.

Vorsitzender: Herr Julius Elischer; Schriftführer: Herr R. Temesváry.

I. Herr Alexander Platzer: Ist während der Badekur die lokale Behandlung berechtigt?

Vor Beginn der Kur müsse unbedingt eine Untersuchung stattfinden. Es sei unrichtig, daß Badeärzten das zur lokalen Behandlung nötige Wissen fehlt, denn sie sollen ja tüchtige Frauenärzte sein, umso eher, da speziell bei uns Ungarn viele Patienten ins Bad kommen, ohne vorher behandelt worden zu sein. P. spricht sich für die lokale Behandlung während der Badekur aus, hauptsächlich nachdem

der Erfolg (90% Genesung oder Besserung bei seinen Patientinnen) den Standpunkt befürwortet. Nur kleinere Behandlungsweisen seien durchzuführen, keinesfalls aber operative Eingriffe. Die lokale Behandlung sei während des Kurgebrauches unbedingt notwendig: 1) bei allen chronischen Entzündungen des Beckenbindegewebes; 2) bei Endometritis; 3) bei Retrodeviationen. Auf die Kontraindikationen der lokalen Behandlung müsse selbstverständlich großes Gewicht gelegt werden.

II. Herr Béla Walla: Geheilter Fall von Uterusruptur.

26jährige IIIpara. Geburten und Wochenbetten normal. Nach ungefähr 24 Stunden anhaltenden Geburtswehen hören dieselben plötzlich auf, jedoch tritt dafür geringe Blutung auf. Temperatur 36,9°, Puls 106, Querlage. Die Frucht ist fast total in die Bauchhöhle gedrungen, trotzdem wird die Dekapitation vorgenommen, wobei jedoch der Kopf hinauf bis zur Leber rollte. Die Pat. wird in die Klinik gebracht und 3 Stunden nach erfolgter Ruptur die Laparotomie vorgenommen. Ruptur längs des Uterus und auf 5 cm der Quere nach. Totalexstirpation des Uterus. Nach der Operation ist die Temperatur der Wöchnerin ungefähr zwischen 38° und 38,4°, später wird sie normal, und Pat. verläßt am 33. Tage p. oper. geheilt die Klinik.

III. Herr Hugo Szász: Kombination von Fibrom mit Karzinom im Uterus. Exstirpatio totalis abdominalis nach Doyen. Heilung.

Der Fall betrifft eine 48jährige Nullipara, welche seit ihrem 16. Lebensjahre bis vor 3 Jahren stets regelmäßig menstruiert war. Seit Februar d. J. leidet sie an Blutungen und fötidem Ausfluß, weswegen sich Pat. am 7. Oktober an die II. Universitäts-Frauenklinik wendete. — Im Spiegel entleert sich aus dem Muttermunde stark jauchiges Sekret. Bei kombinierter Palpation war über der dünnen Cervix ein rundes, faustgroßes Uteruskorpus zu tasten, neben welchem sich ein gleich harter Körper von derselben Größe über der Cervix befand. Das Uteruskorpus war von dem linkerseits befindlichen Körper durch eine seichte Furche getrennt. Rechts hinten, mit der rechten Uteruskante in Verbindung, ungefähr an der Grenze zwischen Gebärmutterhals und Gebärmutterkörper saß ein kleinapfelgroßer Knoten und ein ähnlicher befand sich links vorn. Die Sondierung ergibt eine 7 cm lange Uterushöhle, wobei wir den Eindruck erhalten, daß die Korpushöhle durch einen links vorspringenden Knoten hervorgewölbt wird. Der jauchige Ausfluß war entweder durch einen gangränösen submukösen Fibromknoten oder durch eine submuköse, zerfallene, maligne Geschwulst erklärbar. Um dies zu entscheiden, wurde ein aus der Korpushöhle herausgeholtes Gewebsstückchen mikroskopisch untersucht, wobei sich die Diagnose Adenokarzinom ergab. Die Diagnose schloß in sich die Indikation zur Totalexstirpation. Zwei Wege standen uns offen: der vaginale und der abdominale. Da der Uterus nicht zu groß und frei beweglich war, hatte das Morcellement von der Scheide her viel Verführerisches an sich. In Anbetracht aber des jauchigen Prozesses in der Korpushöhle, entschlossen wir uns trotzdem zur abdominalen Operation, da bei dem vaginalen Verfahren die Beschmutzung des Operationsfeldes kaum zu umgehen gewesen sein würde. — Vor Eröffnung der Bauchhöhle wurde zur Aufsaugung des jauchigen Sekretes ein Gazestreifen in die Korpushöhle eingeführt, der äußere Muttermund durch Seidennähte verschlossen und hiernach die Scheide desinfiziert. Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie. Abklemmung und Durchschneidung der Ligamenta lata. Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes. Hervorziehen der Portio und Umschneidung der Vaginalschleimhaut, dabei keine Schädigung der Uterinae. Nach Hinaufschieben der Blase faßten wir die Basis der Ligamente in Klammern und entfernten die Geschwulst. Versorgung der Gefäße und Ligamente mit Seidennähten. Die Scheide wird bis auf eine kleine Öffnung in der Mitte mit fortlaufender Katgutnaht geschlossen, mittels eines Jodoformstreifens das subperitoneale Gewebe drainiert und darüber das Peritoneum ebenfalls mit fortlaufender Katgutnaht geschlossen. Nach 3 Wochen verließ Pat. in gutem Zustande die Klinik.

An dem Präparate sind die anatomischen Verhältnisse der Geschwulst gut demonstrierbar. An der Schnittfläche sehen wir mehrere hervorspringende harte

Fibromknoten, während der in die Korpushöhle hervorspringende Knoten von ganz weicher Konsistenz ist. Schon bei Betrachtung mit unbewaffnetem Auge nehmen wir wahr, daß die Veränderungen ältesten Datums an den oberflächlichsten Stellen zu sehen sind, und daß der Prozeß von außen (d. h. von der Mukosa aus) nach innen schreitet. Das histologische Bild ist das eines Adenokarzinoms. In dem Fibromknoten fanden wir keine Gebilde epithelialer Herkunft. Das Präparat stellt also die Kombination eines Adenokarzinoms der Korpusmukosa mit multiplen Fibromyomen des Korpus dar.

IV. Herr Hugo Szász: Kloakenbildung nach Abdominaltyphus.

Pat., eine 26jährige VIpara, bekam im August 1901 den Abdominaltyphus, weswegen sie 9 Wochen lang das Bett gehütet hat. In der dritten Woche stellten sich Blutung und übelriechender Ausfluß ein, wozu sich nach einigen Tagen Harnabgang durch die Scheide gesellt hatte. Nach einer Woche ging auch Kot durch die Scheide ab und seit dieser Zeit entleert Pat. allen Urin und Kot durch die Scheide. Am 19. November 1901 bat Pat. mit folgendem Status praesens um Aufnahme in die II. Universitäts-Frauenklinik:

Auffallend anämische, beträchtlich abgemagerte Frau. Lungen, Herz normal. In der Bauchhöhle nichts Abnormes palpierbar.

Aus der Scheide entleert sich mit Fäkalmassen vermischter übelriechender und zersetzter Harn. Äußere Genitalorgane und Innenfläche der Oberschenkel an großer Fläche exkoriiert und entzündlich infiltriert. Bei der Exploration finden wir vollständigen Mangel des hinteren Drittels der Scheide. Durch den großen Defekt prolabiert vorn die Blasenschleimhaut, hinten die Mastdarmschleimhaut in die Vagina. Der Uterus ist unbedeutend vergrößert und hart. Die Portio taucht in das Rektallumen, die hintere Lippe ruht an der hinteren Wand des Mastdarmes. Gebärmutterwinkel verstrichen, Uterus in hochgradiger Anteversion infolge Mangels der hinteren Scheidenwand. Beiderseits ist das paracervicale Gewebe narbig verdickt und hart. Durch dieses narbige Gewebe wird die Cervix beträchtlich fixiert, die Beweglichkeit des Uteruskörpers aber nicht beeinträchtigt. Wie erklären wir uns das Zustandekommen dieses großen Scheidendefektes? Da zwischen dem Auftreten der Harnfistel und dem der Kotfistel nur ein Zeitraum von einer Woche war, ist es naheliegend, daß im Rektum und in der Blase zu gleicher Zeit entstandene typhöse Geschwüre von oben resp. von unten her in die Scheide perforiert hatten. Da sich aber in der Blasenschleimhaut Lymphknoten der Art, wie man sie in den übrigen Partien der Tractus mucosus findet, nicht vorhanden sind, wäre es befremdend anzunehmen, es hätte sich daselbst ein primäres, typhöses Geschwür gebildet. Deshalb glaube ich den Prozeß auf folgende Weise erklären zu dürfen: Es hat sich an der oberen Partie des Mastdarmes ein spezifisch typhöses Geschwür gebildet, zu welchem Sekundärinfektion mit gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen hinzutrat. Infolge dieser Sekundärinfektion entstand im Septum recto-vaginale eine phlegmonöse Entzündung, welche auf das para-, ante- und rektocervicale Gewebe übergreifend, die ganze Cervix umgeben und die Vaginalschleimhaut im Bereiche der Fornices unterminiert hatte. Dies hatte Nekrose und Elimination der ganzen unterminierten Partie der Schleimhaut zur Folge. Und zwar hinten nekrotisierte die vordere Wand des Rektums, das Septum recto-vaginale und die Vaginalschleimhaut, desgleichen nekrotisierten die lateralen Vaginalpartien, vorn die der vorderen Fornix entsprechende Vaginalschleimhaut, das Septum vesico-vaginale und die untere Wand der Blase. Dieser umfangreiche destruierende Prozeß endigte an den lateralen Partien mit Schrumpfung und Narbenbildung; vorn und hinten hingegen, an den Hohlorganen entsprechenden Stellen, mit bleibenden Defekten, durch welche eine kloakenartige Kommunikation zwischen Blase, Rektum und Scheide zustande kam. Der vordere Defekt überragt die Talergröße, der hintere ist talergroß.

Diskussion: Herr Bäcker hat einen ähnlichen Fall gehabt. In der vierten Typhuswoche entstand eine Rektovaginalfistel. Nach 5 Wochen sah er eine ungefähr bohnengroße Öffnung, welche spontan verheilte. In Bezug auf Pathogenese teilt B. den Standpunkt des Vortr.

V. Herr Kubinyi: Zwei Fälle von Uterusruptur.

Herr K. demonstriert zwei Präparate, wovon das erste einer 37jährigen IIIpara entstammt, bei der die Geburt in Hemmung geriet. Fußlage. Die Frucht — bis zu den Schultern geboren — wird mit Leichtigkeit extrahiert. Die Placenta in der Bauchhöhle, Ruptura completa, innere Blutung. Die Pat. wird in die Klinik gebracht, die Ruptur zugenäht, doch geht Pat. an akuter Anämie zugrunde. Im 2. Falle war es eine 32jährige VIpara mit kompletter Ruptur. Perforation. Extraktion. Laparotomie. Große sagittale Cervixruptur mit Blutung der Art. uterina. Nach Unterbindung der Arterie Uterusexstirpation. Am 4. Tage Exitus. Vortr. ist der Ansicht, daß in gegebenen Fällen statt der Laparotomie die Tamponade anzuwenden sei, da bei letzterem Verfahren weniger Kranke an Verblutung zugrunde gehen.

Herr Elischer: Die Gefahr der Frauen bei Uterusrupturen bestehe nicht in der Laparotomie selbst, sondern die Ursache der schlechten Erfolge sei in der von außen hereingebrachten Infektion zu suchen. Er hält die Diskussion der Frage für eminent wichtig.

Herr Tóth: Auch die angeführten 2 Fälle sprechen für die Wichtigkeit der Frage. Wie oft werden Ärzte der Fahrlässigkeit in Fällen beschuldigt, wo Rupturen spontan entstehen konnten.

---

34. Sitzung am 10. Dezember 1901.

Vorsitzender: Herr v. Késmárszky; Schriftführer: Herr Tóth.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Alex. Platzer.

Herr Temesváry begrüßt den Vortr., daß er diese Frage vor die Sektion brachte, über welche auch auf den ungarischen balneologischen Kongressen im Jahre 1891 und 1895 eingehend diskutiert wurde. Auf dem Kongreß im Jahre 1895 hat Redner gelegentlich eines Vortrages: »Über die Balneotherapie der Frauenkrankheiten« die zwischen Frauen- und Badeärzten bestehenden Meinungsdifferenzen auszugleichen versucht. Es sei allerdings ein Unterschied zu machen zwischen der Untersuchung und der lokalen Behandlung der nach dem Kurorte gekommenen Frauen. Die vaginale Untersuchung sei selbst in solchen Fällen notwendig, in welchen die Pat. vom Spezialarzte mit einem schriftlichen Gutachten versehen ist, denn seit der von ihm bewerkstelligten Untersuchung können ja diverse Veränderungen (z. B. Gravidität) aufgetreten sein. — Die lokale Behandlung halte er für direkt nachteilig in Fällen, wo die Frauen, bevor sie den Kurort aufgesucht haben, einer solchen lokalen Therapie unterzogen wurden und bloß zum Kurgebrauch nach dem Badeorte geschickt wurden. Hingegen aber sei die lokale Behandlung, vorausgesetzt, daß das Leiden eine solche erheischt, in allen jenen Fällen am Platze, in welchen vor dem Kurgebrauch eine lokale Behandlung nicht stattgefunden hat.

Herr Bársony: Die Vornahme einer lokalen Behandlung sei der Einsicht des Badearztes zu überlassen, im allgemeinen aber soll diese während des Kurgebrauches auf das Minimum beschränkt werden.

Herr Platzer: Auch er teilt Temesváry's Meinung, die Pat. müsse untersucht werden und er unterläßt die Untersuchung nur in dem Falle, wenn er vom behandelnden Arzte direkt dazu aufgefordert wird. In einer gewissen Zahl der Fälle bestehe jedoch die Indikation einer lokalen Behandlung.

Herr v. Késmárszky: Es müsse ein Unterschied gemacht werden zwischen jenen Frauen, die mit oder ohne Direktive nach dem Kurort kommen. Für die ersteren sei der die Direktive gebende Arzt verantwortlich, den letzteren gegenüber aber müsse der Badearzt so vorgehen, wie bei jedem zum ersten Male sich meldenden Kranken. Besteht ein Frauenleiden mit notwendiger lokaler Behandlung, so soll er diese vornehmen.

Demonstrationen:

I. Herr Kubinyi: Spontane Geburt bei Fibrom.

Eine 40jährige IIpara. Erste Zangengeburt vor 8 Jahren. Nachdem die Menstruation auch sonst unregelmäßig erfolgte, war die Gravidität mit Sicherheit erst

im 4. Monate festzustellen. Schwangerschaft normal, Geburt ebenfalls, nur etwas verfrüht. Während des Wochenbettes bildet sich die Geschwulst zurück. Diese verursachte gar keine Abnormität, bloß, daß die Geburt etwas früher, jedoch mit reifer Frucht erfolgte.

Herr Késmárszky hat auch einen ähnlichen Fall gehabt, wo das Fibrom schon im Mädchenstande zu konstatieren war, und die bei der ersten Geburt erfolgte Gesichtslage von nichts anderem als vom Drucke des Fibroms herrührte. Die Geschwulst bildete sich von Jahr zu Jahr immer mehr zurück.

II. Herr Tóth: Spontane Geburt, kompliziert mit Dermoid.

(Erscheint ausführlich.)

III. Herr Pauer: Ein Fall von Uterus duplex separatus.

(Erscheint ausführlich.)

IV. Herr Lovrich: Sarcoma ovarii.

Der Fall betrifft eine 19jährige Nullipara mit unregelmäßigen Menses. Seit ungefähr 3/4 Jahren nimmt sie im Bauche eine zunehmende Geschwulst wahr. Die Diagnose wurde auf einen rechtsseitigen soliden ovarialen Tumor gestellt. Laparotomie. Linkes Ovarium intakt, in den Dick- und Dünndärmen zerstreute Metastasen verschiedener Größe. Die mikroskopische Untersuchung des mannskopfgroßen Tumors zeigte das Bild eines Rundzellensarkoms.

V. Herr Lovrich: Partus conduplicato corpore.

29jährige Ipara. Bei der Aufnahme sind Fruchtteile nur unsicher fühlbar, Herztöne nicht hörbar. Innere Untersuchung: Muttermund 4 Finger weit, aus demselben ragt die linke Hand in die Scheide hinein. Mit einem leichten Zug konnte die bereits tote (dem 6. Monate entsprechende) Frucht conduplicato corpore herausgezogen werden. Wochenbett ganz fieberfrei.

VI. Herr Lovrich: Sarcoma uteri.

Das Präparat entstammt einer 48jährigen VIpara, bei der die Diagnose: Fibroma uteri nach der mikroskopischen Untersuchung auf Sarcoma fusocellulare geändert wurde. Totalexstirpation des Uterus; nach einem Monate verließ Pat. genesen die Klinik. Auch dieser Fall sei ein Beweis dafür, daß die vollkommen richtige Diagnose erst nach vorgenommener mikroskopischer Untersuchung erfolgen kann. Temesváry (Budapest).

---

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft zu Glasgow.

(Glasgow med. journ. 1902. August.)

Thomas H. Bryce: Skioptikondemonstration von Entwicklung der Eier von Seeigeln und Hühnern; bei letzteren z. B. eine Duplicitas anterior.

John Lindsay: Einfluß der Albuminurie der Mutter auf die Entwicklung des Fötus. L. demonstrierte Photographien von 2 Embryonen von derselben Mutter, beide ungefähr 5—6 Wochen alt; der eine normal, der andere stark mißgebildet, letzterer bei mütterlicher Albuminurie ausgestoßen, der andere ohne dieselbe. Der gesunde 6,3, der andere 2,6 mm lang, kleiner als ein dagegen gehaltener von 15 Tagen. Daß er nicht tot im Uterus zurückgehalten worden war, bewiesen die mikroskopisch gut sichtbaren, gut erhaltenen Kerne und Zellgrenzen. Außerdem war bei dem Mißbildeten das Nervensystem schlecht entwickelt, das Herz fehlte und ein Wolff'scher Körper; der Darm stark aufgetrieben Die Allantois ist in großer Ausdehnung, aber ohne organische Verbindung, in Kontakt mit dem Chorion.

John Edgar: Foetus papyraceus, neben einem 5 Wochen übertragenen gesunden, sehr großen Kinde einer VIIpara mit Hydramnios.

A. W. Russel demonstriert eine doppelläufige Glasröhre zu Mastdarmspülungen.

Derselbe: Hysterectomia abdominalis wegen Cervixkarzinom in vorgeschrittener Gravidität mit Demonstration des Uterus. Es handelte sich um eine 46jährige Ipara im 1. Jahre der Ehe und im Beginn des 7. Schwangerschaftsmonates. Nur die hintere Lippe war krebsig, aber es mußte, wegen

geradezu bedrohlicher Blutungen aus der Neubildung, sofort operiert werden. Gewählt wurde der abdominale Weg, weil Verf. glaubte, dabei die Blutung besser beherrschen zu können. Pat. starb am Nachmittag des folgenden Tages.

Derselbe berichtet über 2 von ihm totaloperierte Karzinomfälle, die, sowohl was lokale Ausdehnung der Erkrankung, als schlechtes Allgemeinbefinden anbetrifft, direkt als hoffnungslose angesehen werden mußten. Trotzdem erholten sich beide sehr gut — jetzt nach 9 resp. 7 Monaten —, fühlen sich besser als je und können ihrer Arbeit nachgehen. Auf wie lange ist natürlich eine andere Frage. Immerhin hat hier die Totalexstirpation — auch sicheres Rezidiv angenommen — gutes geleistet. In beiden Fällen handelte es sich um Blumenkohlform; operiert wurde vaginal.

R. Jardine: Chondrosarkom des Beckens während der Schwangerschaft; Chondrom mit sarkomatöser Degeneration vielmehr nach dem mikroskopischen Bericht. 29jährige Ipara klagte schon vor Beginn der Gavidität über Schmerzen im Rücken und Hinterseite beider Oberschenkel. Kommt im 7. Schwangerschaftsmonate zur Beobachtung mit starkem Ödem namentlich des rechten Oberschenkels und Hinterbackens. Tumor in der rechten Seite des Unterleibes, schiebt den Uterus ganz nach links, füllt das Becken aus, Cervix nicht zu erreichen. Über das Wachstumstempo ist nichts zu eruieren. Da die Prognose für die Mutter denkbar schlecht war, wollte J. erst die Lebensfähigkeit des Kindes abwarten; es mußte aber doch, wegen rapider Verschlechterung, sofort zur Sectio geschritten werden. Kind totgeboren. Der Tumor ging von der rechten Beckenhälfte aus, reichte bis zu Nabelhöhe hinauf, füllte, unter Entfaltung der hinteren Lamelle des rechten Lig. latum, das ganze Becken aus. Die Frau ging 24 Stunden p. op. an Herzschwäche zugrunde.

John Edgar berichtet über einen Fall von in den Peritonealraum perforierter rechtsseitiger Pyonephrose; dieselbe war 6 Wochen nach einer Entbindung zuerst in Erscheinung getreten und hatte sich in etwa 3 Monaten zu einer bis ins große Becken herunterragenden Geschwulst entwickelt. Dann Perforation, Kollaps, Laparotomie, Drainage nach der Bauchwunde und Drainage des Pyonephrosensackes nach der Lumbargegend; Heilung, obgleich Pat. in fast moribundem Zustande operiert wurde.

A. W. Russel empfiehlt für die Heilung der Irritable bladder bei akuter Antefexio uteri die Dudley'sche Operation: Dilatation des Uterus und Curettage, Spaltung der hinteren Wand der ganz in der Achse der Vagina liegenden Cervix bis zum Knickungswinkel, Silkwormfaden vom Beginn des Schnittes, an der Spitze der Cervix, bis hinauf in den Winkel, Ausstich in der Scheidenschleimhaut und denselben Weg rückwärts auf der anderen Seite. Durch Knüpfen des Fadens wird die ganze Cervix nach hinten gebracht. Wulstet sich dabei deren Spitze, so wird ein ovales Stück abgetragen und quer vereinigt. Blasenreiz und auch die oft gleichzeitig bestehende Dysmenorrhoe will R. damit des öftern prompt beseitigt haben.

John Lindsay berichtet über einen Fall von Gastroschisis bei einem Zwillinge, mit mehreren Photographien und Schema, der sehr für die Ahlfeldsche Theorie der Entstehung dieser Deformität spricht.

T. K. Dalziel: 3 Fälle, welche den Einfluß von Ovarialerkrankungen auf das Kolon illustrieren sollen. Durch Entfernung eines oder beider erkrankter Ovarien will D. 3 schwere Fälle von hartnäckiger Erkrankung des Kolons (2mal Kolitis, nervöser Natur, und 1mal Lähmung des Kolons) geheilt haben.

Alexander MacLennan: Über Abtastung des Endometriums, stellt die Indikationen sehr weit; hat bei rapider Dilatation (bis Hegar 24) oft Cervixlaterationen bekommen.

A. W. Russel teilt 2 Fälle von Fremdkörpern im Darme mit. a. Fäkalstein, der maligne Erkrankung vortäuschte; b. ein Stück Verbandstoff, gelegentlich einer Operation im Abdomen zurückgelassen, in den Dünndarm übergewandert und von dort durch eine zweite Operation entfernt. Zeiss (Erfurt).

---

3) Verhandlungen der Gesellschaft für Gynäkologie zu New York.

(Amer. journ. obstetr. 1902. März—Juni, August, Oktober.)

Sitzung am 10. Dezember.

Coe berichtet über einen Fall, in welchem nach Tamponade der Cervix behufs Einleitung der Frühgeburt starke Blutungen eintraten. Offenbar war durch dieselbe eine Partie der tiefsitzenden Placenta gelöst worden.

Polk spricht über Inzision von der Scheide aus und Drainage bei Beckenentzündungen.

Er empfiehlt exspektatives Verfahren und sobald Eiter nachzuweisen, Einschnitt und Drainage.

Sitzung am 14. Januar.

Boldt berichtet über einen Fall von gonorrhoischer Pyosalpinx, welche Tubenschwangerschaft vortäuschte. Es fand sich beiderseits Anschwellung der Tuben, die auf der einen Seite langsam zunahm, zugleich fand sich Anschwellung der Brüste und Sekretion aus denselben.

Palmer Dudley beschreibt ein neues Verfahren für Operation schwerer Fälle von Blasen-Scheidenfisteln. Er entfernt wie bei der Operation des Mastdarmkrebses den unteren Abschnitt des Darmes, so hoch, daß die Fistel mit einbegriffen ist, und schließt dann die Scheidenfistel, nachdem er sie angefrischt hat, in der gewöhnlichen Weise.

Sitzung am 11. Februar.

Le Roy Brown bespricht einen Fall von Gehirnembolie direkt nach einer lang andauernden Bauchoperation, welche in der Trendelenburg'schen Lage ausgeführt worden war. Er wirft die Frage auf, ob die Lage etwas mit dem unglücklichen Zufall zu tun hatte.

Derselbe berichtet über einen Fall von schwerem Cervixriß durch Anwendung eines Dilatators bei Ausräumung des Uterus nach Abort. Andere Mitglieder berichten über ähnliche Fälle und betonen die Nothwendigkeit, sehr vorsichtig mit der Erweiterung zu verfahren, wo möglich nur die Finger zu gebrauchen.

Henry Coe: Drei Fälle von Uterusfibrom, welche Schwangerschaft komplizierten.

Alle drei betrafen Iparae. In dem ersten war Abort eingetreten, danach fand sich ein weiches Myom, welches in der Höhe des inneren Muttermundes aufsaß.

Im zweiten fand sich ein orangegroßes Fibrom subperitoneal links vom Korpus zwischen Fundus und unterem Segment. Da die Frau den Wunsch nach einem Kinde hatte, wurde die Schwangerschaft nicht unterbrochen, wie in dem dritten Falle, wo ein kokosnußgroßes, multiples Myom im Becken eingekeilt gefunden wurde. Die Entleerung der Uterushöhle war sehr schwierig und rief starke Blutung hervor.

W. E. Studdiford spricht über die Anatomie des Levator ani.

Sitzung am 11. März.

H. Boldt: Puerperaler Tuboovavarialabszeß, welcher Appendicitis vortäuschte. Von verschiedenen Mitgliedern werden ähnliche Fälle berichtet. Simon Max betont, daß er stets den Kranken nur von rechts- oder linksseitiger Unterleibsentzündung spreche.

George T. Harrison spricht über Pathogenese und Therapie der Eklampsie. Der Vortrag enthält nichts Neues.

In der Diskussion wird von verschiedenen Seiten auf die Nützlichkeit der Venaesektion hingewiesen.

Sitzung am 8. April.

H. C. Taylor zeigt das Präparat eines Tubenabortes, den Fötus in den intakten Eihäuten.

A. H. Ely spricht über Infektion der weiblichen Genitalorgane und des uropoëtischen Apparates durch Bakterium coli. Er berichtet über 3 Fälle, die seiner Ansicht nach durch diese Infektion zu erklären sind.

Sitzung am 13. Mai.

Zahlreiche, zum Teil interessante operative Fälle und Präparate werden erwähnt.

D. Bissele hält einen Vortrag über Implantation des Harnleiters in die Blase.

Krug berichtet über einen Fall, den er vor 8 Jahren operiert hatte. Der Harnleiter war gut eingeheilt und zeigte sich bei der Cystoskopie vollständig durchgängig; er war in den Blasenscheitel eingeheftet worden.

Engelmann (Kreuznach).

Neueste Literatur.

4) Archiv für Gynäkologie Bd. LXVII. Hft. 1.

1) Vassmer. Zur Pathologie des Lig. rotundum uteri und des Processus vaginalis peritonei.

V. beschreibt in der vorliegenden Arbeit einen intrapelvinen und einen extrapelvinen, präinguinalen Tumor des Lig. rotundum. Der erstere ist ein apfelgroßes Fibromyom mit myxomatös erweichten Spalten und ohne spezielleres Interesse. Ist die Herkunft der schon beschriebenen soliden Tumoren dieses Abschnittes des runden Bandes sichergestellt, so gilt nicht das Gleiche von den cystischen Tumoren, die in der Literatur bekannt geworden sind. In dem 2. Martin'schen Falle z. B. (große, 12 Liter schokoladenbraune Flüssigkeit enthaltende Cyste) und in dem Gubaroff'schen handelt es sich wahrscheinlich um Parovarialcysten. — Interessanter und wichtiger ist die mikroskopische Beschreibung des 2. Präparates — eine von Schlange als Hydrocele lig. rotundi entfernte eigroße Cyste, die mit klarer, seröser Flüssigkeit gefüllt war. Die Wand derselben — außer Bindegewebe auch glatte Muskelfasern enthaltend und mit kubisch-niedrig-cylindrischem Epithel ausgekleidet — zeigt fast überall spaltenförmige Ausbuchtungen mit der gleichen Epithelbedeckung. Außerdem enthält die Cystenwand noch 3 verschiedenartige Kanalsysteme, die mit der Cyste in gar keiner Verbindung stehen, und zwar 1) Lymphangiektasien, 2) mit kubischem Epithel ausgekleidete, sich fingerförmig verzweigende Spalten, die zum Teil in cytogenes Bindegewebe eingebettet sind, und 3) drüsige, mit cylindrischem Epithel versehene Hohlräume. Trotz der Anklänge an eine paroophorale Herkunft der letzten beiden Systeme ist Verf. doch der Ansicht, daß die beschriebene Cyste »peritonealer« Natur ist, vom Processus vaginalis peritonei herstammt. V. stützt sich dabei darauf, daß er an mehreren Stellen Übergänge der mit kubischem Epithel ausgekleideten Kanäle in drüsige Schläuche sah, und auf die durch die Arbeiten von Fabricius und Pick bekannte Fähigkeit der Beckenserosa, sich metaplastisch in hochcylindrisches flimmerndes Epithel umzuwandeln. Dazu kommt, daß Föderl in jüngster Zeit in der Wand von Hydrokelensäcken drüsige Schläuche und Cystchen nachweisen konnte, die nur durch Proliferation des Peritonealepithels des Processus vaginalis peritonei bezw. der aus ihm hervorgegangenen Hydrocele muliebris zu erklären waren. Für ein histologisches, differentialdiagnostisches Kennzeichen der »peritonealen« präinguinalen Cysten gegenüber Lymphcysten und solchen mesonephrischer Herkunft hält Verf. den Befund der unter dem Epithel der serösen Häute und von ihnen abstammenden Gebilde verlaufenden, durch Orceïnfärbung nachweisbaren elastischen Grenzlamelle, die auch in der beschriebenen Cyste zu finden war. Auch klinisch lassen sich nach Verf. beide Cystensorten auf Grund ihrer grobanatomischen Beschaffenheit mit ziemlicher Sicherheit durch den Palpationsbefund trennen. Kann man deutliche Fluktuation nachweisen, ist der äußere Leistenring geöffnet und läßt sich die Cyste teilweise in den Leistenkanal reponieren, so dürfte es sich eher um eine Hydrokelencyste handeln, da bei den mesonephrischen kein zentraler, die Hauptmasse der Geschwulst bildender Hohlraum besteht, sondern der Tumor von multiplen kleineren Hohlräumen und dickerer fibromyomatöser

Wandung gebildet wird, die mit der Umgebung verwachsen zu sein pflegt. Schwieriger dürfte die Unterscheidung bei inguinalem Sitze der Tumoren sein, doch verdient es erwähnt zu werden, daß mit Ausnahme des nicht ganz einwandfreien Falles von Rosinski die bisher beobachteten cystischen Tumoren mesonephrischen Ursprunges des extrapelvinen Abschnittes des Lig. rotundum stets präinguinalen Sitz zeigten.

2) Stöckel. Weitere Erfahrungen über Ureterfisteln und Ureterverletzungen.

In Fortsetzung seiner bekannten ausführlichen Arbeit berichtet Verf. unter Berücksichtigung der jüngsten auf diesem Gebiete erschienenen Arbeiten über weitere 7 Fälle von Ureterfisteloperationen aus der Fritsch'schen Klinik. In 5 Fällen von Ureter-Vaginalfisteln, die nach vaginalen Operationen sekundär entstanden waren, wurde die abdominale Implantation des Ureters in die Blase (2mal von S. selbst) nach der von Fritsch ausgebildeten Methode mit gutem Erfolge ausgeführt, in einem Falle machte Fritsch die seitliche Ureterorrhaphie nach Verletzung, und in einem, wo bei komplizierter Laparotomie wegen Extra-uterin-Gravidität ein 7 cm langes Stück des Ureters weggefallen und das renale Ende in den oberen Wundwinkel eingenäht war, nachträglich die Nephrektomie. Auf die interessanten Krankengeschichten kann hier nicht näher eingegangen werden. Die aus dem reichen Beobachtungsmateriale gewonnenen Erfahrungen bestätigen die von S. schon in seiner ersten Arbeit niedergelegten Anschauungen. Ihr Schwerpunkt liegt in der methodischen Verwendung des Cystoskopes zur Diagnose und Kontrolle der Operationsresultate. S. ist durch seine neuerlichen Erfahrungen in seiner Ansicht bestärkt worden, daß das Cystoskop eine schnelle und sichere Erkennung der Ureterläsion gewährleistet. Die sichere Diagnose wird dadurch ermöglicht, daß im cystoskopischen Bilde der durchschnittene oder unterbundene Ureter stets »tot« liegt. Entstehen Zweifel, so wird das Resultat sicher, wenn der eingeführte Harnleiterkatheter an der Läsionsstelle arretiert wird. Ist die Läsionsstelle, wie meist, nahe der Blase gelegen und mit einer scharfen Abknickung verbunden, so entleert sich nach S.'s Erfahrung durch die Fistel stets der Gesamturin der betreffenden Niere. Man kann somit den Blasenurin mit dem Urin der nicht betroffenen Niere identifizieren und ihre Funktionstüchtigkeit prüfen, ohne den gesunden Ureter zu katheterisieren. Unzuverlässig erschien die direkte Sondierung der Ureterfistel von der Scheide aus. Als operative Heilungsmethode wird von Fritsch die intraperitoneale Implantation des renalen Ureterendes in die Blase vor allen anderen Methoden bevorzugt und ist von ihm zu einer relativ einfachen und sicheren Operation ausgestaltet worden. Die wichtigsten Momente des Verfahrens, die eine glatte Einheilung garantieren, sind folgende. Die Blase wird seitlich verlagert, durch Katgutnähte am Peritoneum der seitlichen Beckenwand so fixiert, daß sie dem Ureter entgegengeführt ist (Witzel) und sich der letztere gleichsam von selbst in der Blasenöffnung hält. Der Ureter wird an seiner Unterlage fixiert, die Blase oberhalb der Implantationsstelle um den Ureter herumgenäht. An diese werden nur wenige die Schleimhaut vermeidende Suturen gelegt. Durch Einführung eines Verweilkatheters wird die Blase an Veränderungen ihres Volumens gehindert und eine Zerrung der Fixierungsstelle unmöglich gemacht. Als wichtigstes und bequemstes Kontrollmittel zur Beobachtung der Operationsresultate muß wiederum das Cystoskop angesehen werden. Mit seiner Hilfe ist es Verf. gelungen, eine Reihe von vorzüglichen, naturgetreuen Bildern des eingeheilten Ureters zu erhalten, die der Arbeit beiliegen, und zeigen, wie verschiedenartig und eigentümlich sich der fixierte Stumpf darstellt und welche Veränderungen er durchmacht. Die Ureteraktion tritt im Bilde erst nach einiger Zeit hervor, wenn das regelmäßig zuerst eintretende Ödem des Stumpfes geschwunden ist. Diese cystoskopischen Stumpfbeobachtungen müssen weiter fortgesetzt werden, vor allen Dingen, um Aufschluß über die Dauerresultate zu erlangen, die bis jetzt durchaus noch nicht feststehen. Trotz dieser vorzüglichen Resultate ist die Nephrektomie bei der Behandlung von Ureterfisteln noch nicht zu entbehren. Liegt ein pathologischer Zustand der dem verletzten Ureter ent-

sprechenden Niere vor, kontraindiziert das Allgemeinbefinden der Pat. eine Laparotomie, liegt ein Residiv eines malignen Tumors an der Fistelstelle vor, ist bei frischen Verletzungen ein zu langes Stück des Ureters in Wegfall gekommen, so kann die Nephrektomie nicht entbehrt werden. Insbesondere nach Karzinomoperationen wird der schon entzündlich veränderte, aus karzinomatösem Gewebe herausgelöste Ureter die Ursache einer späteren Nierenerkrankung, so daß ein gutes Dauerresultat auch bei gelungener Implantation nicht zu erwarten ist. In diesen Fällen wird nur die Nephrektomie eine sichere Heilung gewährleisten. Zum Schlusse schildert S. noch die Art und Weise, wie Fritsch diese Operation schnell und sicher in wenigen Minuten ausführt. Fritsch hat noch keine seiner Nephrektomierten verloren und nach derselben ungestörten Verlauf von Schwangerschaft und Geburt beobachten können. Ihre Indikationen können durch weitere Vervollkommnung des Implantationsverfahrens beschränkt, doch nicht gänzlich gestrichen werden.

3) Heinricius. Ein Fall von Kaiserschnitt nebst Mitteilung über die in Finnland ausgeführten Kaiserschnitte.

Die Seltenheit des engen Beckens in den nördlichen Ländern bedingt es, daß Kaiserschnitte sehr selten ausgeführt sind. Der veröffentlichte Fall von Kaiserschnitt ist der vierte, der in der Helsingforser geburtshilflichen Klinik seit ihrem Bestehen, also seit dem Jahre 1833 vorgenommen wurde. Er ist insofern bemerkenswert, als die Pat., eine IXpara mit Konjugata 8,3, fast sämtliche anderen geburtshilflichen Operationen, einschließlich mehrmalig eingeleiteter künstlicher Frühgeburt, durchgemacht hatte, ohne daß mehr als ein lebendes Kind erzielt worden wäre, und dies durch eine schwierige Symphyseotomie mit schwerer Pyelitis als Nachkrankheit. Auch eine komplette Uterusruptur war nach einer Wendung entstanden und nach Tamponade geheilt. Nun wollte es das Schicksal, daß bei dem sonst glücklich verlaufenden Kaiserschnitte ein mit Meningokele behaftetes Kind ans Licht befördert wurde, das nicht länger als etliche Stunden lebte. Im Anschlusse an diesen Fall berichtet Verf. auch über die drei anderen in seiner Klinik ausgeführten Sectiones caesareae, von denen die erste 1866 von Prof. Sirelius an einer Sterbenden, die beiden anderen von O. Engström und Verf. wegen engen Beckens vorgenommen wurden. Erfolgreich für Mutter und Kind war nur die von O. Engström an einer Zwergin mit absolut verengtem Becken vollzogene Operation. Die erste Sectio caesarea wurde übrigens in Finnland auf dem Lande im Jahre 1775 von B. Björnlund wegen Becken- und Weichteilverengerung mit negativem Erfolge ausgeführt, wie Verf. aus dem Archiv der Medizinalbehörde in Stockholm ersah.

4) Ziegenspeck. Über die Entstehung von Hymencysten.

Z. giebt eine Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle von Hymencysten und beschreibt eine solche, die bei einer Erwachsenen sich auf der Vorderfläche des Hymens, entsprechend der hinteren Kommissur, entwickelt hatte. Die früheren Beobachtungen und die mikroskopische Untersuchung des neuen Falles führen Verf. zu der Ansicht, daß Hymencysten in der Mehrzahl der Fälle durch Einstülpung und Abschnürung von Epithelzapfen des Hymens entstehen. Für die Theorie Bastelberger's, daß sie durch Verwachsung konnivierender und konvergierender Hymenalfalten sich bilden, spricht selbst nicht der von diesem Autor abgebildete Fall. In seltenen Fällen mögen sie aus Lymphektasien entstehen (Piering), in ebenso seltenen aus Resten des Gartner'schen Ganges (Stroganowa). Es ist nicht erwiesen, daß sie sich durch Verschluß von Talgdrüsen bilden können. Es ist ebenso glaubhaft, daß Atherome an anderen Stellen auch durch Abschnürung von Epithelzapfen entstehen. Ist die Gefäßversorgung gut, so zerfällt der epitheliale Inhalt, wird resorbiert, so daß eine wasserklare Flüssigkeit zurückbleibt. Rechnet man die Fälle von beginnender Verwachsung von Hymenfalten ab, so sind im ganzen bisher 12 Fälle von Hymencysten beschrieben.

5) Strassmann. Placenta praevia.

Die Ansichten des Verf. über Ätiologie, Anatomie, Klinik und Therapie der Placenta praevia, die er in diesen umfassenden Darlegungen veröffentlicht, stützen

sich auf langjährige Beobachtungen in der geburtshilflichen Poliklinik der Charité. Ein Teil der Präparate, die Verf. seit mehr als 10 Jahren gesammelt hat, ist in 13 Textabbildungen und 25 kolorierten Bildern, die die Morphologie und Angiologie der Placenta praevia illustrieren, auf 4 Tafeln wiedergegeben. Hier im Referate kann ich nur auf die Grundzüge der auch die Literatur in weitem Umfange berücksichtigenden Arbeit eingehen.

Im 1., theoretischen Teile seiner Arbeit beschäftigt sich Verf. hauptsächlich mit der Entstehung und Entwicklung der Anomalie und stützt sich dabei grundsätzlich auf die entwicklungsmechanischen Arbeiten von Roux. Er glaubt, daß neben der gesetzmäßigen Entwicklung des Eies die Morphologie und Angiologie der Placenta praevia in Beziehung zur Syntopie mit dem mütterlichen Boden in weitgehendem Maße zur Erklärung herangezogen werden muß. Die Gefäße des Eies, insbesondere die großen Bahnen, deuten den Weg an, den die Entwicklung genommen hat. In Verbindung mit der Form der Placenta geben sie ein Bild von dem Kampfe um die Nahrung und den Raum, den die Fötalzotten geführt haben. Das Ei bevorzugt naturgemäß zur Nidation die phylogenetisch am günstigsten ausgebildeten Nährflächen der vorderen oder hinteren Korpuswand. Ist es gezwungen, in den unteren Abschnitten, in der Nähe des Orificium int. oder in den Kanten zu wurzeln, so verschaffen sich die Zotten aktiv durch Umgestaltung des Kuchens günstigere Ernährungsflächen, ein Bestreben des Eies, das Verf. als Trophotropismus bezeichnet. Somit stellt die Placenta praevia keinen Atavismus, keine vererbte Eigentümlichkeit dar, sondern eine morphologische Anpassung an ungünstige Ernährungsbedingungen des Eies. Außerdem sind für die Entwicklung der Placenta praevia noch physikalische Ursachen wichtig, indem das im unteren Uterusabschnitte inserierende Ei mit engen Raumverhältnissen und mit dem dorthin wirkenden Innendrucke der Eiblase zu kämpfen hat. Auf Grund seiner anatomischen Betrachtungen kommt Verf. zu der Ansicht, daß eine normal inserierende Placenta sekundär zur Praevia durch übermäßige Ausbreitung der Zotten werden kann, durch Succenturiatenbildung, durch Vallum- oder Margobildung. Hierher gehört auch die vorliegende Kapsularisplacenta, die S. gleichfalls als sekundäre Formanomalie betrachtet und der er keine prinzipielle Bedeutung für die Placenta praevia beimessen kann. Die Gefäße des Praeviateiles sind alsdann descendierend — Placenta praevia descendens. Die 2., häufigere und gefährlichere Gruppe der Placenta praevia findet sich bei tiefer Insertion des Eies — primäre Placenta praevia. Wird dabei die vordere oder hintere Wand in Anspruch genommen, so findet sich eine syntopisch ascendierende Gefäß- und Placentaentwicklung. Hat sich das Ei in einer Uteruskante angesiedelt, so wird die Gefäßentwicklung eine gürtelförmige, zonale. Der schmale Spalt des Muttermundes kann die Entwicklung nicht hindern, wenngleich die Hauptgefäße diese Stelle zu vermeiden suchen und bogenförmig herumlaufen. Das Placentargewebe wird daher über dem Orificium dünn und atrophisch angetroffen. Bei reiner Kanteninsertion entwickelt sich aus der Gürtelform die Placenta praevia mit großer Succenturiata und die Placenta praevia duplex. Man kann die Placenta praevia klinisch nach dem augenblicklichen Untersuchungsbefunde als totalis, partialis und marginalis bezeichnen, im Grunde genommen bedeutet sie nichts als das Heranrücken der Zotten an den unteren Eipol bezw. an den unteren sog. passiven Gebärmutterabschnitt, der bei der Geburt gedehnt wird (unteres Uterinsegment). Den verschiedenen Syntopien der tiefen Nabelschnurinsertion entsprechend gibt es verschiedene Arten von Placenta praevia. Die Insertio velamentosa ist bei reiner Kanteninsertion die unausbleibliche Folge des Bestrebens der Zotten, sich auf beide Schleimhautflächen oberhalb des Orif. int. auszubreiten, und des mangelhaften Nährbodens an der Kante selbst.

Warum nun nicht der übliche Nährboden, sondern ungewöhnlicherweise ein tiefer gelegener vom Ei besiedelt wird, sucht Verf. aus dem Vorkommen der Placenta praevia, aus der Vorgeschichte und dem klinischen Verhalten des Uterus, der später den Boden für eine Placenta praevia abgibt, zu erklären.

So kann S. statistisch nachweisen, daß starke Fruchtbarkeit und schnelle

Folge der Graviditäten zur Entwicklung der Anomalie führen, daß es das alte Endometrium (über 35 Jahre) ist, auf dem die Zotten heterotopisch zur Entwicklung gelangen. Die Bedeutung des krankhaft veränderten Endometriums kann Verf. nur bestätigen. Bei kranker Schleimhaut sind Ei und Zotten gezwungen, zur Herbeischaffung genügender Nahrung den unteren Abschnitt mit zu benutzen.

Der Beschreibung seiner Präparate läßt Verf. einen 2., klinischen und praktischen Teil folgen, der eine Fülle von praktischen Erfahrungen bringt, und wertvolle Fingerzeige für die Anwendung der bekannten therapeutischen Methoden. Hier nur einige kurze Bemerkungen zur Therapie. Mit der Metreuryse hat Verf. ungünstige Erfahrungen gemacht. Der Durchgang eines Kolpeurynters schützt bei der Extraktion nicht vor Zerreißung des unteren Abschnittes, die Erweiterung ist also eine unvollständige. Nach Verf. soll diese Methode nur dann in Anwendung kommen, wenn die Frucht reif ist und die Eltern durchaus ein lebendes Kind wünschen.

Bei genauer Berechnnng stellt sich die Mortalität der Kinder nach den anderweitigen Erfahrungen mit dem Kolpeurynter durchaus nicht viel günstiger als bei der kombinierten Wendung. Zudem fehlt noch eine vergleichende Statistik über die Mortalität der Mütter bei Metreuryse. — Über die Extraktion vor vollständiger Erweiterung urteilt Verf. ebenso abfällig wie die meisten anderen Autoren. Die Extraktion verbessert die Prognose für die Kinder um 28%, verschlechtert sie für die Mütter um 11%.

6) Haberda. Zur Frage des Beweiswertes der Lungenprobe.

H. verwahrt sich in dieser Schrift gegen die Ansicht von der gerichtlichen Medizin fernstehenden Fachgenossen, die da glauben, es werde der Lungenschwimmprobe an und für sich von den Vertretern der gerichtlichen Medizin eine übergroße Bedeutung beigelegt. Hauptsächlich zieht er gegen Hitschmann und Lindenthal zu Felde, die die Aufmerksamkeit der Gerichtsärzte auf jene Veränderungen hingelenkt haben (Archiv Bd. LXVI. Hft. 2), die in Lungen totgeborener Kinder unabhängig von der Fäulnis durch Vergärung des Gewebes unter dem Einflusse der Bakterien entstehen. Verf. sucht zu beweisen, daß die genannten Autoren die praktische Bedeutung ihrer Befunde weit überschätzen. Derartige Lungen kann der Gerichtsarzt ebensowenig mit »geatmeten« Lungen verwechseln wie solche, in denen Fäulnisgasbildung stattgefunden hat. Abgesehen davon, daß das makroskopische Bild der durch Luftatmung aufgetriebenen Lunge ein ganz anderes ist als das der Gaslunge, kommt die Gasbildung in der Lunge niemals isoliert vor, weder bei Fäulnis noch bei Bakteriengasbildung, wie aus den von Hitschmann und Lindenthal veröffentlichten Protokollen zu entnehmen ist. Schließlich weist H. darauf hin, daß in einem forensischen Falle eine Verwechslung einer Lunge, die Luft geatmet hat und einer, die durch Gärungsgase aufgetrieben ist, schon deshalb unmöglich ist, weil der Gerichtsarzt sich mit den beschriebenen Erhebungen nicht begnügen darf, weil er womöglich eine mikroskopische Untersuchung des Inhaltes der Luftwege und des Gewebssaftes von der Schnittfläche der Lungenlappen anstellen muß, weil der Gerichtsarzt nicht bloß zu entscheiden hat, ob das Kind gelebt hat, sondern auch festzustellen hat, woran es gestorben ist. In Fällen, in denen sich nur in den Lungen oder außer in diesen nur noch im Magen unter der Tätigkeit von intra partum mit Vaginalschleimhaut aspirierten anaëroben Bakterien Gas entwickelt hat, muß jedenfalls die mikroskopische Untersuchung des Inhaltes der Luftwege vor Irrtümern bewahren. **Courant** (Breslau).

---

5) Revue de gynécologie Bd. VI. Hft. 4.

1) Bouilly-Loewy (Paris). Ein neues Operationsverfahren zur Heilung großer Genitalprolapse.

Das Verfahren eignet sich nur für große Prolapse mit elongierter Cervix; es zerfällt in folgende Zeiten: 1) Umschneidung eines U-förmigen Lappens der vorderen Vaginalwand, indem zunächst nahe dem Orificium externum uteri ein bogen-

förmiger transversaler Schnitt und von da ganz zur Seite 2 darauf senkrechte Schnitte bis zur Höhe von 1 cm unterhalb des Orificium externum urethrae geführt werden; 2) scharfe und stumpfe Abtragung dieses Lappens inkl. Cystokele; 3) Isolierung der Blase und transversale Abtrennung des Lappens; 4) seitliche Durchtrennung der Cervicalwand mit der Schere in einen vorderen und hinteren Halbcylinder und Amputation des vorderen; 5) Fixation der vorderen Vaginalwand an den vorderen Uterusstumpf mittels fortlaufender Naht, und zwar unter Einstülpung der Vaginalschleimhaut; 6) halbmondförmige Inzision der hinteren Muttermundslippe, Freilegen der hinteren Collumwand bis zur Höhe des vorderen Schnittes, Amputation des hinteren Halbcylinders unter Vermeidung des Douglas; 7) Fixation der hinteren Vaginalwand an den hinteren Uterusstumpf, analog 5); 8) Kolpoperineorrhaphie nach Hegar.

Der Hauptvorzug der Methode liegt in der Herstellung eines straffen, periuterinen Narbengewebes, das imstande sein soll, im Verein mit der Amputatio cervicis und der Verkleinerung der Scheidenschleimhaut, Blase und Uteruskörper zu tragen, ohne nachzugeben.

2) v. Ott (St. Petersburg). Die Beleuchtung der Bauchhöhle (Ventroskopie) bei vaginaler Köliotomie.

Der Aufsatz entspricht vollkommen dem in Nr. 31 ds. Zentralblattes 1902.

3) Brouha (Lüttich). Beitrag zur Kenntnis der primären Tuberkulose des Cervicalkanales.

Verf. berichtet über eine (im klinischen Sinne) primäre Tuberkulose der Schleimhaut des Cervicalkanales bei einer allerdings hereditär belasteten, aber wohlgenährten, 41jährigen Frau ohne sonstige Manifestation von Tuberkulose, die seit 6 Jahren Witwe eines tuberkulösen Lungenkranken war. Außer einer $1/2$ cm im Durchmesser fassenden oberflächlichen Erosion der vorderen Muttermundslippe, die nach der Probeexzision die Struktur tuberkulösen Granulationsgewebes mit Tuberkelbacillen zeigte, wies der durch vaginale Totalexstirpation mit Ausgang in Heilung gewonnene Uterus eine »tuberkulöse Kaverne« auf in Gestalt eines Trichters, dessen Basis dem Niveau der Cervicalschleimhaut entsprach und dessen Spitze senkrecht dazu hart an der peripheren Grenze der Wand lag. Die Wand der Höhle war teils zerfetzt, teils glatt und käsig eingeschmolzen. Die Umgebung derselben erwies sich mikroskopisch als stark entzündlich verändert; nur an der Peripherie ließen sich tuberkulöse Riesenzellen und Epithelioidtuberkel nachweisen. Die eigenartige Lage des Herdes sowie die Anordnung der Tuberkel am Oberflächenepithel und die Drüsenschläuche lassen den Verf. eine ascendierende Tuberkulose annehmen, um so mehr, als die Befunde Janis' von Tuberkelbazillen in den normalen Genitalien von tuberkulösen Lungenkranken, sowie die von Schuchardt auf der Oberfläche entzündeter Urethrae eine Genitalinfektion auch ohne Coitus wahrscheinlich machen.

In der Literatur finden sich 3 ähnliche Fälle: Fall Klobb 1864 ohne mikroskopische Verifizierung, mit kirschgroßer Kaverne, Fall Kaufmann bei einer 79jährigen Frau mit erbsengroßer Höhle, Fall Michaelis mit papillärer Hypertrophie der Cervixschleimhaut und direkter Metaplasie der Epithelien in epithelioide und Riesenzellen. **Bruno Bosse** (Chemnitz).

Verschiedenes.

6) J. Schnitzler (Wien). Über die Verwertung der mikroskopischen Blutuntersuchungen zur Diagnostik und Indikationsstellung bei abdominalen Eiterungen.

(Wiener klin. Rundschau 1902. Nr. 10 u. 11.)

S. hat seit 1891 auf die Blutveränderungen bei intraabdominellen Eiterungen geachtet. Zwei ehemalige Hilfsärzte seiner Abteilung am Kaiser Franz Josef-Spital in Wien, Goldberger und Weiß, legten in ihrer Arbeit die Wichtigkeit

der intracellulären Jodreaktion in den Leukocyten für den Nachweis von occulten Eiterungen dar. Diese und mehr noch die Leukocytose haben sich auch in der Folgezeit S. als bedeutsame diagnostische Merkmale erwiesen und in zweifelhaften Fällen die Indikation zum chirurgischen Eingriff entschieden. Obwohl er bereits eingehend sich über seinen Standpunkt geäußert hat, zwingt ihn Curschmann's bekannte Arbeit über die Perityphlitis nochmal darauf einzugehen. Es handle sich meist um die Unterscheidung von abdominalen Eiterungen, und hier fast stets der Perityphlitis vom mechanischen Ileus. Curschmann meint, daß die Leukocytose zunächst das Vorhandensein eines Exsudates sicherstelle und in ihrem Verlauf auch das Verhalten des intraabdominalen Prozesses erkennen lasse. Fällt die Leukocytose, so ist dies nach Curschmann ein Zeichen, daß das Exsudat resorbiert wird, steigt die Leukocytose über ein gewisses Maß (25 000), so nimmt er an, daß das Exsudat eitrig progredient wird und stellt die Indikation zum Eingriff.

Dem gegenüber betont S., daß die Leukocytose nun ein Symptom der Perityphlitis sei, wie Fieber, Tumor und Schmerzhaftigkeit z. B. Die Indikation zum Eingriff soll der Chirurg nach seiner Erfahrung und nach dem Gesamtbilde stellen, je nachdem die Eiterung progredient oder langwierig wird. In beiden Fällen kommt der Pat. in Gefahr. Ein nicht eitriges Exsudat bei Epityphlitis kennt S. nicht. Die Leukocytose an sich, nicht die Zahl der Leukocyten ist wichtig. Aber sich durch das Steigen oder Fallen der Leukocytenzahl zum Abwarten oder Eingreifen bestimmen zu lassen, das hieße sich in falsche Sicherheit wiegen. Curschmann's geheilte Fälle sind kein Gegenbeweis, weil die spontanen Perforationen des Eiters eben so gut auch nach dem freien Abdomen mit progressiver Peritonitis sich hätten ausbreiten können. Eine fieberhafte Perityphlitis ohne Leukocytose gibt es nicht, eher eine Leukocytose bei fieberlosem Exsudat. Daher betont er nochmals die Wichtigkeit der Leukocytose zur Unterscheidung der Eiterungen vom mechanischen Ileus an der Hand mehrerer prägnanter Fälle, deren Symptome ein falsches Bild wahrscheinlicher machten, jedoch durch Fehlen oder Vorhandensein der Leukocytose geklärt wurden und zur Operation kamen bezw. abwartend behandelt wurden. **Kroemer** (Gießen).

7) **E. Moro** und **F. Hamburger** (Graz). Über eine neue Reaktion der Menschenmilch.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 5.)

Verff. beschäftigten sich mit der Untersuchung der auf der Hamburger Naturforscherversammlung von Schlossmann hervorgehobenen, modifizierten Bordet-schen Reaktion. Letztere besteht darin, daß das Serum von Versuchstieren, welche vorher subkutan mit Milch geimpft worden sind, streng spezifisch nur die Milchart zu fällen vermag, welche zur Impfung, d. h. zur Erzeugung des Laktoserums verwendet wurde. Bringt man aber nach Schlossmann menschliche Milch zu der Hydrokelenflüssigkeit junger Säuglinge, so gerinnt die letztere in der flüssigen Milch. Kuh- oder Ziegenmilch lässt die Hydrocelenflüssigkeit klar. Die Reaktion hat also mit der Bordet'schen gar nichts gemeinsam. Da die Hydrokelenflüssigkeit eine Fibrinogenlösung darstellt, welche aus Mangel an Fibrinferment nicht gerinnt, so ist klar, daß die menschliche Milch das Fibrinferment enthalten muß, die Kuh- und Ziegenmilch dagegen nicht. Die Gegenwart von Kalksalzen begünstigt, aber bedingt nicht die Gerinnung. Die Reaktion tritt auch mit anderen serösen, fibrinogenhaltigen Exsudaten ein. Liquor cerebrospinalis, welcher keine fibrinogenen Substanzen enthält, gerinnt nicht, wenn man ihn in Menschenmilch tropft, wohl aber Blut. Das Gerinnungsferment wird durch Kochen der Milch nicht zerstört, ist also mit dem Thrombin Alexander Schmidt's, welch letzteres bei 75° C. zerstört wird, nicht identisch. **Kroemer** (Gießen).

8) **George** (Ann Arbor). Die Behandlung inoperabler Tumoren.

(Philadelphia med. journ. 1902. Januar 11.)

Verf. berichtet über die Krankengeschichte einiger mit inoperablen Tumoren behafteten Pat., die mit Injektionen von Methylenblau, sowie mit Coley's Ge-

misch behandelt worden waren. Letzteres besteht aus einer Mischung der Kulturen von Streptokokkus erysipelat. und Bacillus prodigiosus.

Bei den mit Methylenblau behandelten Kranken war wohl eine deutliche Abnahme des Tumors in der Größe und das Nachlassen einiger Drucksymptome bemerkbar, aber »es zeigte sich eine ausgesprochene Reizung zum Wachstum von Tumorzellen in der Nachbarschaft«. Entgegen den Erfahrungen von Boldt traten in einem Falle auch Fiebersteigerungen nach der Injektion auf.

Geradezu ungünstig waren die Erfolge mit Coley's Gemisch, welches einmal bei einem »Granulom«, dessen eigentliche Natur nicht festzustellen war, das andere Mal bei einem großen Spindelzellensarkom angewendet wurde. Ersterer Tumor verkleinerte sich zwar bedeutend, die Sarkomzellen scheinen aber durch die Wirkung der Toxine einen direkten Anstoß zur Vermehrung zu erhalten. Die Resorption der Toxine und der Produkte der nekrotischen Veränderungen im Tumor bringen die Pat. immer mehr herunter. Es ist deshalb sehr fraglich, ob wahre Sarkome günstig durch Coley's Gemisch beeinflußt werden.

Die Heilerfolge Coley's liegen vielleicht in Irrtümern bezüglich der Diagnose, da Rundzellensarkome von gewöhnlichen Granulationen manchmal schwer zu unterscheiden sind. **G. Frickhinger** (München).

9) **Solieri** (Siena). Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen des Widerstandes des Peritoneum gegen die Infektion durch Bakterium coli, bewirkt durch endoperitoneale Injektion verschiedener Substanzen, und ihre Anwendung auf die Unterleibschirurgie beim Menschen.

(Ziegler's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. XXXI. p. 536.)

Die Arbeit bringt zunächst Ansichten und Experimente früherer Autoren über Infizierbarkeit des Peritoneum, insbesondere über die Infektionskraft des Bakt. coli intestinalen Ursprungs. Da wegen der bald post mortem auftretenden kadaverösen Überschwemmung des Organismus mit diesem Bakterium Beobachtungen an lebenden Kranken (Tietze's Untersuchungen am Bruchsackwasser eingeklemmter Enterokelen) und Experimente größere Sicherheit darbieten als Befunde am Leichentisch und da nach Metschnikoff und seiner Schule den Leukocyten und Endothelzellen infolge ihrer chemotaktischen und phagocytären Fähigkeiten die Vernichtung eingeführter Bakterien zufällt, so versuchte Verf. auf experimentellem Wege nach Issaeff's Vorgange die Widerstandsfähigkeit der serösen Haut zu erhöhen durch präventive Behandlung derselben mittels einer unschädlichen Lösung (0,75% NaCl, frische Löffler'sche Fleischbrühe, 1‰ige Auflösung von Sarcolin in destilliertem Wasser).

Zunächst stellte er mittels einer eigenartigen Pravaz-Spritze, die nur einem stets gleichen Tropfen einer bestimmten Bakterienaufschwemmung den Austritt gestattet, die kleinste tödliche Dosis für Meerschweinchen fest, und dann steigerte er dieselbe bis zum 23fachen unter vorheriger (am Tage vorher) Präventivinjektion von 1—2 ccm steriler Lösung. Dabei zeigte es sich, daß diese die Resistenz des Peritoneum um das 7—16fache erhöht. Prof. Biondi machte sich diese Erfahrungen in 3 Fällen am Lebenden zunutze unter Injektion von 30—60 ccm physiologischer Kochsalzlösung; er konnte in 2 Fällen, bei denen vorher wegen Ascites punktiert war, die Zunahme der Leukocyten am Operationstage konstatieren. Tödlich können immer noch wirken: 1) absolut zu große Bakterienmenge (Frühtod). 2) Freiwerden von Toxinen aus den Phagocyten (Spättod).

Bruno Bosse (Chemnitz).

10) **Kistler** (Los Angeles, Calif.). Erfolgreiche Behandlung der Endometritis durch den »Intra-uterin-Medikator«.

(St. Louis courir of med. 1902. Februar.)

Verf. beschreibt eine Art Intra-uterin-Pessar, welches in zwei Formen, einer längeren für die Uterushöhle, einer kürzeren nur für die Cervix hergestellt wird.

Von dem Loch in der Mitte bis zur gleichfalls durchbrochenen Spitze ist das Instrument hohl, und diese Tube wird mit demjenigen Medikament gefüllt, von dem man wünscht, daß es kontinuierlich auf das Uterusinnere wirkt. Verf. stellt sich nämlich vor, daß durch die Tätigkeit der Schleimhaut eine konstante Circulation zwischen den beiden beschriebenen Öffnungen unterhalten wird, so daß das Medikament gleichmäßig und ununterbrochen auf die Schleimhaut wirkt.

Das Instrument kann von wenigen Stunden bis über eine Woche liegen bleiben.

G. Frickhinger (München).

11) **Wieser-Holmes** (Chicago). Eine neue Methode der Tamponade des Uterus.

(Philadelphia med. journ. 1902. Januar 18.)

Die Methode der Tamponade des Uterus hat zwei Nachteile:

1) ist die Gefahr vorhanden, daß Keime von der Vulva und Vagina mit der diese Teile berührenden Gaze nach oben geschleppt werden;

2) bietet die Methode Schwierigkeiten, wenn der Muttermund und die Cervix starr und unnachgiebig sind, wie dies namentlich bei Frühgeburten der Fall zu sein pflegt.

Da ist die Anwendung eines Instrumentes zu empfehlen, welches aus drei Teilen besteht, der mit einem Handgriff versehenen Tube, dem Obturator und dem Introduktor. Die Möglichkeit der Durchführung der Asepsis, wenig Assistenz und keine Maltraitierung des Halsteils des Gebärmutter sind die Vorteile dieses Instruments. Die Nachteile sind aber, daß das Verfahren weit langsamer ist als das Dührssen'sche, und daß der Uterus nicht so fest austamponiert werden kann wie bei letzterem. Also ist das Instrument bei jeder ernsteren Blutung nicht verwendbar. Verf. gebraucht es unter den oben erwähnten Bedingungen bei Cervix- und Vaginalrissen, wo die Vernähung nicht möglich ist, bei Uterusruptur, wo man möglichst wenig intra-uterin manipulieren will.

G. Frickhinger (München).

12) **Nicholson** (Pennsylvania). Eine Übersicht über die Literatur der Transplantation der Ovarien.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1902. Januar.)

Die Möglichkeit der Transplantation der Ovarien wurde zuerst durch Tierversuche erwiesen. Knauer und Halban haben auf diesem Gebiete gearbeitet. McCone hat gezeigt, daß man die Ovarien auch von einer Spezies auf eine andere überpflanzen kann. Er hat vom Hund auf das Kaninchen transplantiert. Bei der gleichen Spezies kann man sogar nach der Transplantation Schwangerschaft erwarten, bei verschiedenen Spezies unterliegt das übertragene Ovarium atrophischen Veränderungen.

Indem diese Tierversuche dem praktischen Gebiet der Chirurgie zur Grundlage dienten, hat sich gezeigt, daß die Transplantation der Ovarien beim Menschen sowohl auf homo- als heteroplastischem Wege vorgenommen werden kann. Es scheint, daß man auf diese Weise die sog. Ausfallserscheinungen in günstigem Sinne zu beeinflussen vermag, wie dies bei der konservativen Methode des Operierens ebenfalls erreicht wird. Es empfiehlt sich dabei am meisten die Insertion des Ovarium zwischen die gespaltenen Platten des Lig. latum.

G. Frickhinger (München).

13) **Engelmann** (Boston, Mass.). Sinken der Fruchtbarkeit trotz gleichzeitiger Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie.

(Philadelphia med. journ. 1902. Januar 18.)

An der Hand vergleichender Statistiken weist der Verf. nach, daß die Fruchtbarkeit der eingeborenen Bevölkerung Amerikas niedriger ist als die aller europäischen Länder mit Ausnahme Frankreichs. Die noch verhältnismäßig hohe Zahl der Geburten in Amerika ist dem eingewanderten Teile der Bevölkerung zu verdanken.

Man sollte eigentlich erwarten, daß die gynäkologische Wissenschaft, welche als Spezialfach immer größere Verbreitung über die Erde gewinnt, eine umgekehrte Wirkung hervorbringen würde. Die vermehrte Fürsorge, welcher dadurch die weiblichen Genitalien unterliegen, sollte sich gerade in einer erhöhten Funktion dieser Organe äußern. Die Ursache, weshalb dem nicht so ist, ist jedem Praxis ausübenden Arzte bekannt. Wie oft wird er gerufen, um einen Abort zu vollenden, dessen widerrechtliche Einleitung übel auszugehen droht! Wie oft sind die Wände seines Sprechzimmers stumme Zeugen der Bitten um Mittel gegen die Konzeption und der Klagen über Beschwerden, welche die Folgen der Verhinderung der Konzeption sind! Denn es ist ein verhängnisvoller Irrtum, wenn Präventivmittel mit Rücksichten auf die Gesundheit der Frau gerechtfertigt werden. Die Ausübung des Geschlechtsaktes in der Weise, wie ihn Bigelow mit Recht als »eheliche Onanie« bezeichnet, verursacht sowohl für den Mann als auch für die Frau — mehr jedoch für letztere — eine ganze Reihe von Schädigungen. Man soll über diese Dinge keinen Schleier decken. Die Pflicht des Gynäkologen ist, zu verhindern — wo es in seiner Macht steht —, daß Präventivmittel angewendet werden. Dann erweist er sowohl der Familie als auch dem Staate einen hohen Dienst.

G. Frickhinger (München).

14) **Pernhorst** (Kiel). Über die Entstehung von peritonealen Verwachsungen nach Laparotomie.

Inaug.-Diss., Kiel, 1901.

Verf. berichtet über 16 nach Werth'schen Grundsätzen (Ausschaltung größerer Verwachsungsflächen durch möglichst sorgfältige Übernähung des Stumpfes mit Peritoneum, exakte isolierte Vernähung des Peritonealschlitzes durch peritoneale Falznaht, möglichst kleinen Bauchschnitt zur Vermeidung von Luftinfektion, Blasenfüllung vor Schluß der Bauchwunde) ausgeführte Laparotomien in Bezug auf Adhäsionsbildung, welche entweder bei einer zweiten Laparotomie oder auf dem Sektionstische konstatiert wurde. 4mal fehlten Verwachsungen ganz, in den übrigen Fällen waren sie vorhanden: meist zwischen Netz und Bauchnarbe, und zwar wenig ausgedehnt 3mal, ausgedehnt 4mal, ferner am Operationsstumpf 3mal, schließlich je 1mal zwischen Bauchnarbe und Därmen, hinterer Uterusfläche und Dünndarm, Ovarium und Därmen, Bauchnarbe und Fundus uteri. Bei postoperativer Temperatursteigerung fehlten sie nie, aber auch ohne solche kamen sie 3mal vor. Die Hauptursache der Adhäsionsbildung scheinen lokal entzündliche Prozesse zu sein, die sich auch bei peinlichster Asepsis nicht immer völlig ausschließen lassen.

Bruno Bosse (Chemnitz).

15) **A. Martin** (Greifswald). Hygiene des Wochenbettes und Pflege des Neugeborenen.

Berlin, **Vogel & Kreienbrink**, 1902.

Das kleine Schriftchen, welches der Verf. den jungen Müttern widmet, soll es den Laien ermöglichen, auch ohne große wirtschaftliche Ausgaben die Pflege der Wöchnerin und des Kindes auf eine hygienische, den modernen Fortschritten der Medizin entsprechende Basis zu stellen. Insbesondere sind die Fragen der Körperpflege, der Ernährung und Verdauung für Mutter und Kind in Kürze ausgeführt, damit die Mutter imstande ist, sich von gewissen schädlichen Ansichten frei zu machen, die von alter Zeit her als überlebtes Vorurteil im Volke herrschen. Die Zuziehung und Behandlung von Ammen wird als Notbehelf, nur wenn die Mutter nicht stillen kann, in Erwägung gezogen. Die Schilderung des gesunden mütterlichen und kindlichen Organismus in seinen Funktionen enthält auch kurze Gegenüberstellungen von pathologischen Zuständen und entsprechende Warnungsrufe. Schließlich wird als ultimum refugium stets die Hilfe des Arztes angeraten.

Kroemer (Gießen).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 7. Sonnabend, den 14. Februar. 1903.

Inhalt.

I.

Ein einfacher Hysterophor und eine Bandage gegen Hängebauch und Prolaps.

Von

Frauenarzt Dr. **Oskar Piering** in Prag.

Ein Hysterophor ist immer nur ein lästiger Notbehelf. Wir verwenden diese seinerzeit so vielgebrauchte Bandage heute nur in jenen seltenen Fällen von größeren Prolapsen, in denen die Pessartherapie versagt und eine operative Heilung — die einzig richtige — untunlich erscheint wegen hohen Alters, Erkrankungen wichtiger Organe, allgemeiner Entkräftung oder wo sie abgelehnt wird. Aber selbst in solchen Fällen verursachen die Hysterophore, wie bekannt, zumeist derartige Unannehmlichkeiten, daß die Frauen bald ganz auf diese Hilfe verzichten, ein Übelstand, der mehr oder weniger wohl allen bisher bekannten Arten von Hysterophoren anhaftet. Im

Interesse dieser sicher schwer leidenden Frauen wäre es daher sehr wünschenswert, wenn wir im Besitze eines wirklich brauchbaren Hysterophores wären. Der Kernpunkt der richtigen Lösung dieser Frage scheint mir nun weit mehr in der Wahl des geeigneten Pessars zu liegen, als in der der entsprechenden Stützvorrichtung. Da die letztere überhaupt nur da notwendig wird, wo wegen Ruptur des Dammes oder Atrophie der Muskulatur des Beckenbodens der Schluß der Vulva aufgehoben erscheint, so ist ein gestieltes Pessar anzuwenden, von dessen richtiger Form der Erfolg in erster Linie abhängt. In dieser Hinsicht hatten wir trotz der Mannigfaltigkeit der Pessarformen noch nichts Vollkommenes. Keines der bisher gebräuchlichen Stielpessare hat sich eingebürgert, da allen gewisse Nachteile zukamen. Am meisten befriedigte noch das (auch von Sänger) empfohlene E. Martin'sche Pessar[1], glatt lackierter Vulkanitring, an dessen unterer Fläche mittels dreier nach der Mitte konvergierender Metallstäbe der 8 cm lange Stiel befestigt ist, fixiert durch eine straffe Taubinde. Auch das neuerdings von Simon[2] angegebene Stielpessar aus Celluloid, welches die Portio wie ein Gehäuse umgibt, schien recht gut erdacht; beiden Formen haften jedoch die Nachteile eines allzulangen, bis vor die Vulva reichenden Stieles an, so daß die Belästigung beim Sitzen den Gebrauch sehr beeinträchtigte. Beide Formen müssen ferner in relativ großen Nummern gewählt werden, wenigstens da, wo zugleich beträchtliche Dehnung und Vorfall der Scheidenwände vorliegt, so daß dann leicht Sekretstauung und Decubitus eintreten kann. Es handelt sich ja hier meist um alte, gewöhnlich recht sorglose Frauen. Dieser Nachteil kommt auch dem Löhlein'schen Pessar zu (breiter Ring, dessen Stiel einen kurzen, halbkreisförmigen Bogen bildet). Erst eine in neuester Zeit angegebene Ringform leistet in den hier in Betracht kommenden Fällen ausgezeichnete Dienste und bewährt sich gerada da, wo alle anderen Formen versagen, oft ganz vorzüglich; das von Rosenfeld[3] angegebene Zapfenpessar. Man ist in der Tat überrascht, zu beobachten, daß in Fällen, in denen die allergrößten Formen der Schatz-, der Eipessare etc. sofort herausgepreßt werden, das verhältnismäßig weit kleinere und nur kurzgestielte Zapfenpessar von Rosenfeld imstande ist, einen recht bedeutenden Prolaps anstandslos zurückzuhalten. Selbst bei vollkommener Insuffizienz des Beckenbodens hält dasselbe oft recht gut, ohne daß der Stiel im geringsten belästigt. Man muß Rosenfeld Recht geben darin, daß dieses Zapfenpessar in vielen Fällen den Gebrauch einer eigenen Stützvorrichtung überflüssig macht. Aber auch da, wo sich eine Stützvorrichtung dennoch als nothwendig erweist, ist die praktische Verwendbarkeit dieser Pessarform so günstig, daß es sicher geeignet ist, in Zukunft als die

[1] Sänger, Über Pessarien. Leipzig, Wiegand.
[2] Therapeutische Monatshefte 1902. Nr. 2.
[3] Zentralblatt für Gynäkologie 1901. Nr. 49.

richtige Grundlage bei der Zusammenstellung eines Hysterophores zu dienen. Es sind dies hauptsächlich Fälle, in denen der Prolaps bei vollkommener Insufizienz des Beckenbodens gleichzeitig mit hypertrophischer Elongation des Kollum kombiniert ist. Hier muß das Pessar einem starken Drucke entgegen wirken. Ich habe in einem derartigen Falle nach fruchtloser Anwendung mehrerer in den Lehrbüchern empfohlener Hysterophore die in Fig. 1 dargestellte Form als sehr zweckentsprechend gefunden. Zwei aus Gummiröhren bestehende Schenkelbänder werden in der Mitte sich kreuzend vereinigt und tragen daselbst eine ca. 4 cm lange Hartgummihülse, in deren Höhlung der Stiel hineinpaßt, die Enden werden mittels 6 Knöpfen an das Mieder oder einen schmalen Taillengurt befestigt. Die ganze Bandage ist ungemein leicht (Gewicht nur 75 g), die Handhabung sehr einfach, da die Frauen die Einführung des Pessars leicht lernen. Tagsüber bleibt dasselbe liegen, zum Urinieren genügt es, die Gummiröhren nach unten zu ziehen, so daß der Stiel leicht aus der Hülse schlüpft und ebenso mühelos wieder mit dem Pessar verbunden wird. Die Pat. ist in jeder Richtung zufriedengestellt, trägt diesen Hysterophor gern und bereits schon längere Zeit ohne die geringste Belästigung. Sie ist imstande, wieder Reisen und weite Gänge zu machen. In dieser Form ist ein in der Tat brauchbares und allseitig verwendbares Prototyp eines zweckentsprechenden, sehr einfachen Hysterophores geschaffen. Dabei genügt, wie Rosenfeld mit Recht angibt, eine recht kleine Nummer des Pessars, man braucht über Nr. 5 selten hinauszugehen. In einzelnen Fällen wird der Stiel des Pessars um einige Centimeter verlängert werden müssen. — In einem zweiten Falle handelte es sich um totalen Prolaps mit bedeutender hypertrophischer Elongation des Kollum, weit klaffender Vulva, die Operation wegen eines Nierenleidens unmöglich. Kein Pessar hielt, auch die größten Nummern des Schatz- und Eipessars wurden sofort herausgepreßt, nur das Zapfenpessar hielt, doch auch nur für wenige Stunden. Da gleichzeitig ein höhergradiger Hängebauch mit Enteroptose vorlag, so mußte der eben angegebene Hysterophor mit einer gutsitzenden Leibbinde vereinigt werden. Die gewöhnlich gewählte sehr passende Form[4] erwies sich gegenüber dem großen Gewichte des enorm



Fig. 1.

[4] Zentralblatt für Gynäkologie 1896. Nr. 26.

gedehnten Bauches nicht stark genug, so daß ich in Anlehnung an das alte Prinzip, eine feste Bauchplatte wählte und an diese den Stützpunkt für den eigentlichen Uterusträger anbringen ließ. Dieses genügend große und unnachgiebige Bauchschild wurde durch eine mit Leder überzogene Aluminiumplatte gebildet, fixiert durch einen Gurt mit kleinerer Rückenplatte. Dicht über der Symphyse ist an dem Bauchschild mittels eines sehr leicht zu lösenden und nur wenig vorstehenden Metallschieberverschlusses (Fig. 2) eine entsprechend gekrümmte, mit Leder überzogene Stahlfeder angebracht, deren Länge und besonders deren Stärke in jedem Falle genau ermittelt werden muß. Die Feder muß nachgiebig, aber nicht zu biegsam sein. An ihrem unteren Ende trägt dieselbe einen durch ein Kugelgelenk nach oben zu aufgesetzten Stift, der die Höhlung des Pessarstieles ganz ausfüllt. Die Pat. ist mit dieser Vorrichtung



Fig. 2.

(Gewicht 290 g) sehr zufriedengestellt. Im Prinzip gleicht diese Bandage wohl dem alten Roser'schen[5] Apparate, der ehemals viel gegen die Vorfälle der vorderen Scheidenwand in Verwendung stand, unterscheidet sich jedoch von diesem in mehreren Punkten ganz wesentlich. Abgesehen von der größeren Leichtigkeit der Bauchplatte (infolge der Verwendung von Aluminium) ist besonders die Verbindung der Stützfeder an die Platte eine bessere, nicht mehr der alte Schraubenverschluß, der stark vorragte und schwieriger zu handhaben war, und in erster Linie hervorzuheben ist die gelenkige Verbindung des Pessars mit der Feder, sowie die leichte Trennbarkeit des Pessars vom Stiele. Während bei Roser (nach den Abbildungen zu schließen) Stützfeder (Eisenstiel!) und Pessar (Holzbirne) untrennbar verbunden waren, gestattet diese Vorrichtung ein leichtes

[5] Chiari, Braun u. Späth, Klinik der Geburtshilfe u. Gynäkologie 1855. p. 395.

Abnehmen der Feder, ohne daß an dem Pessar gerührt zu werden braucht. Diese leichte Zerlegbarkeit bedeutet gewiß eine große Annehmlichkeit für die Trägerin, soweit dieses Wort auf einen Hysterophor bezogen werden kann. Neu und nicht minder wichtig ist die Einschaltung des Kugelgelenkes, dessen Beweglichkeit einen Winkel von etwa 30° nicht überschreiten darf. Der größte Vorzug liegt aber in der Verwendung des Rosenfeld'schen Zapfenpessars, das den Vorteil bietet, schon in sehr geringer Größe sicher zu wirken. Zu benutzen ist diese Bandage in den entsprechenden inoperablen Fällen von größeren Prolapsen mit Dammdefekt und höhergradigem Hängebauch, wie eingangs erwähnt, nur im Notfall bei wirklicher Inoperabilität.

Zu haben bei Bandagist Juschitzka, Prag II, Stephansgasse 32, in anerkannt vorzüglicher Ausführung.

II.

Zur Technik der Füllung des Kolpeurynter.

Von

Dr. Arnold Kurrer,

Distriktsarzt in Lorch (Württenberg).

Bisher wurde der in die Cervix oder wenn angängig über den inneren Muttermund hinauf eingeführte Kolpeurynter mittels einer kräftigen Spritze angefüllt und, um den Reiz zu erhöhen, an dem aus der Scheide herausgeleiteten Schlauch ein permanenter Zug ausgeübt.

Dieses Verfahren hat mancherlei Nachteile besonders für den praktischen Arzt, der, häufig ohne Assistenz, nicht ständig bei der Schwangeren bleiben kann. Zu Anfang, wenn die Cervix noch eng, läßt sich der Gummiball naturgemäß nicht sehr stark aufblähen; es wird daher, je nach der Stärke der eintretenden Wehen mehr oder weniger bald die Zeit gekommen sein, wo der Ball, kleiner als die Höhle in der er liegt, nach außen gezogen wird, wenn man nicht rechtzeitig wieder Flüssigkeit einspritzt. Im Unterlassungsfalle muß der Ball wieder von neuem eingeführt werden — ein für die Pat. keineswegs angenehmes Verfahren. Zum mindesten ist eine öftere Untersuchung nötig, um festzustellen, ob der Kolpeurynter noch richtig liegt oder schon etwas nach außen verzogen ist.

Bei der von mir angewandten Methode, den Kolpeurynter in steter ununterbrochener Verbindung mit dem hochhängenden gefüllten Irrigator zu halten, werden diese Nachteile vermieden. Ich gehe demnach so vor:

Der 2—3 m lange Schlauch des Irrigators und der des Kolpeurynters werden durch einen Gummihahn verbunden und durch Siedehitze desinfiziert. Hierauf wird der Irrigatorschlauch an den Irri-

gator gebracht, mit sterilisierter physiologischer Kochsalzlösung gefüllt und in der Nähe des Bettes der Schwangeren aufgehängt. Der völlig zusammengefaltete Kolpeurynter liegt in 1 : 1000 Sublimatlösung. Die äußeren Geschlechtsteile und Mons veneris werden auf dem Querbett rasiert und sie ebenso wie Vagina und wenn zugänglich Cervix mit Schmierseife, 2%iger Lysollösung und 1 : 1000 Sublimat desinfiziert. Jetzt kann der Kolpeurynter unter Leitung des natürlich gut desinfizierten touchierenden Fingers oder, wenn Assistenz vorhanden, nach Einlegung von Speculis mit der Kornzange oder einem Stopfer eingeführt werden. Nachdem dies geschehen, öffnet die andere Hand den Hahn und sofort füllt sich der Ball mit Flüssigkeit. Die in der Vagina gebliebenen Finger kontrollieren hierbei die Lage und den Füllungsgrad und überzeugen sich, daß der Ball ad maximum aufgetrieben wird, soweit es die Weite der Cervix erlaubt. Damit ist die Prozedur beendet. Die Frau wird vorsichtig ins Bett zurückgehoben, der Irrigator so hoch als möglich gehängt und so stark als möglich gefüllt. Durch das Festbinden eines Gewichtes an dem Hahn am Kolpeurynterende unter Mitfassen des Schlauches und das Hinausleiten über den unteren Bettrand wird in der üblichen Weise ein Zug ausgeübt und der Reiz verstärkt. Es leuchtet ein, daß mit jedem Moment der fortschreitenden Erweiterung der Cervix der Gummiball sich selbsttätig mehr füllt und stets den Wandungen der Umgebung eng anliegend bleibt. Irgend eine Kontrolle ist nicht mehr nötig. Sobald die Cervix verstrichen und der äußere Muttermund ad maximum erweitert ist, gleitet der Kolpeurynter unter dem Einfluß des Zuges nach außen und der Weg zur natürlichen oder künstlichen Geburt ist geebnet.

Die Frau wird durch das Liegen des Irrigatorschlauches in keiner Weise belästigt: sie kann sich, da der Schlauch lose zwischen den Beinen neben dem Zug liegt und auch am unteren Bettende zugeführt wird, hin und herbewegen. Der Druck, den die über dem Kolpeurynter stehende Wassersäule ausübt, kann sehr verschieden genommen werden entsprechend der Höhe des aufgehängten Irrigators und der Flüssigkeitsschicht in letzterem. Mir hat eine Wassersäule von 2 m Höhe und Füllung des 1 Liter fassenden Irrigators stets genügt. Im folgenden die Krankengeschichten von 2 Fällen, wo ich das Verfahren anwandte:

I. 34 Jahre alte Frau, 6 normale Geburten. Letzte Periode vor 7 Monaten. Kind in zweiter Querlage. Seit einigen Tagen keine Kindesbewegungen mehr von der Mutter gefühlt. Kindliche Herztöne nirgends zu finden.

Seit 8 Tagen beständige starke Blutung, so daß hochgradige Blässe vorhanden. Bei meinem Eintreffen Scheide weit, Cervix für einen Finger gut durchgängig. Über dem inneren Muttermund ein Saum der Placenta seitlich fühlbar. Beständiger Blutabgang, keine Wehen. Morgens 8 Uhr Einlegen eines mittelgroßen Kolpeurynters, der mit dem hochhängenden Irrigator in Verbindung gesetzt ist. Vollkommener Abschluß der Cervix, Blutung steht. Nachmittags 4 Uhr gleitet der Ballon aus der Scheide; kräftige Wehen. Cervix fast ganz verstrichen, zu-

gleich starke Blutung. Wendung des querliegenden Kindes, Extraktion. Reaktionsloses Wochenbett.

II. 38 Jahre alte, kräftig gebaute Frau. 5 normale Geburten, zuletzt 3 Aborte. Letzte Periode vor 8 Monaten. Seit 2 Monaten ständige heftige Schmerzen im ganzen Unterleib, die mitunter so hochgradig sind, daß sich die Frau auf dem Boden wälzt; fast absolute Schlaflosigkeit, steter Urin- und Stuhldrang, große Erschöpfung. Innere Mittel ohne Wirkung. Leib schlaff, mäßig ausgedehnt, 1. Querlage. Kind lebt. Da die Frau zusammenzubrechen droht, Einleitung der Frühgeburt.

Vagina weit, Cervix erhalten, für 1 Finger durchgängig. Abends 8 Uhr Einlegen eines Kolpeurynters, der mit dem Irrigator in Verbindung gesetzt wird. Zug. Die Eröffnung der Cervix geht rasch unter äußerst schmerzhaften Wehen von statten. Nachts 12 Uhr unteres Uterinsegment verstrichen. Äußerer Muttermund 5markstückgroß, fest kontrahiert, erweitert sich nicht; Spannung läßt ebenfalls nicht nach. Die Schmerzen haben sich so gesteigert, daß die Frau fortwährend schreit. Kolpeurynter, der gut gelegen hatte, wird nach Ablassen des Inhaltes entfernt. Auch jetzt durch das Vorwölben der noch stehenden Blase heftige beständige Wehenschmerzen. Blase wird daher gesprengt; Wendung auf den Fuß und Extraktion in Chloroformnarkose. Der Kopf wird durch den tetanisch fest zusammengeschnürten äußeren Muttermund zurückgehalten und läßt sich nicht entwickeln. Nach einigen kurzen Inzisionen leichte Extraktion des Kopfes. Kind inzwischen abgestorben. Starke Uterusatonie; Secale. Völlige rasche Genesung ohne Störung.

In beiden Fällen wurden durch den Kolpeurynter, trotzdem die Schwangerschaft nicht an ihrem normalen Ende angelangt war, prompte Wehen und rasche Erweiterung der Cervix und des äußeren Muttermundes in 8 resp. 4 Stunden herbeigeführt. Assistenz war nicht nötig, ebensowenig wiederholte Einführung des Kolpeurynter; letzterer hatte seine Lage stets richtig beibehalten.

Vielleicht ließe sich eine Steigerung der Wirkung des Kolpeurynter dadurch erreichen, daß ein heizbarer Irrigator verwendet und das Wasser in demselben auf ca. 60° C. gehalten würde. Würde die Flüssigkeit im Kolpeurynter durch Strömung die gleiche Temperatur beibehalten, worüber mir Untersuchungen und Erfahrung fehlen, so käme zu dem physikalischen der thermische Reiz hinzu.

Wenn die Methode der selbsttätigen, in jedem Moment fortschreitenden Füllung des Kolpeurynter Anklang finden sollte und wäre es auch aus Verdruß über eine nicht dicht gehende Spritze, so wäre der Zweck dieser Veröffentlichung erreicht.

III.

Trokar-Kornzange.

Von

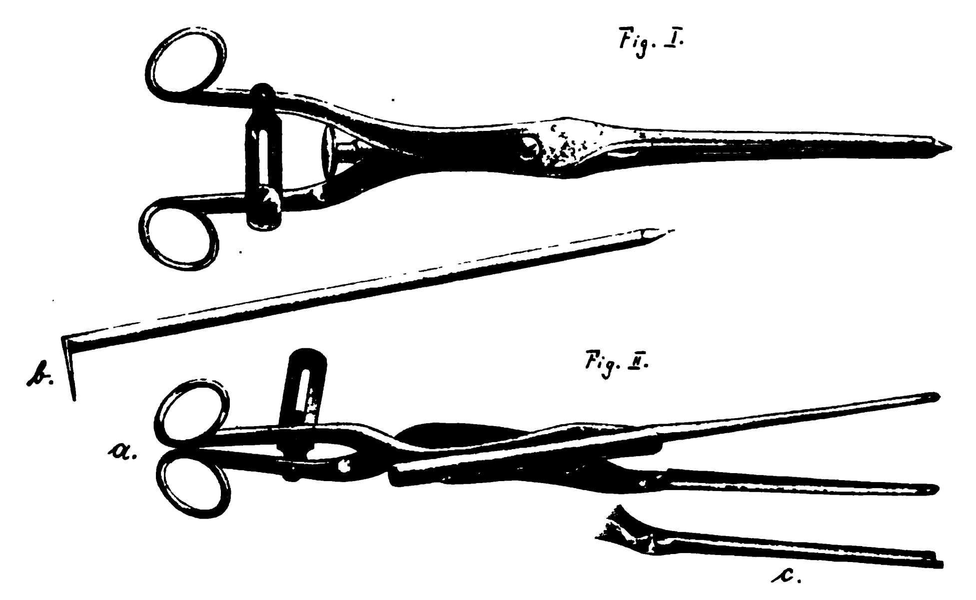
L. Fraenkel.

Zur vaginalen Eröffnung von Eiterherden hat sich mir eine Kombination von Kornzange und Trokar gut bewährt.

Die Operation nach chirurgischen Grundsätzen, Freilegung für das Auge und breite Inzision der geeigneten Stelle mit dem Messer,

ist durch die Raumbeschränkung im Becken häufig erschwert und gefährlich. Der Schnitt, der notwendig meist ins seitliche Scheidengewölbe fällt, kann den Ureter oder die Arteria uterina verletzen; aber auch ohne dieses Ereignis ist die Blutung aus der Inzisionswunde oft recht stark. Die Vagina ist infolge der Entzündung in ihrer Umgebung hyperämisch; durch die Entspannung nach der Entleerung des Eiters blutet es aus den Wundrändern um so heftiger; Umstechungen, schwierig anzulegen, stillen die Blutung nicht, sofortige feste Tamponade ist nötig.

Man hat deshalb vielfach vorgezogen, mittels eines Trokars den Eiter zu entleeren und nach Entfernung der Hülse die Öffnung mit der Kornzange stumpf zu dilatieren. Die Einführung der geschlossenen



Kornzange in den Punktionskanal ist indessen nicht leicht, weil die Wundränder sich verschieben können; darum sind Einrichtungen derart getroffen worden, daß mit Hilfe der liegenbleibenden Hülse des Trokars die Kornzange sekundär eingeführt werden kann. Solche Instrumente werden erfolgreich benutzt (z. B. dasjenige von Fritsch, Vogel-Landau und Laroyenne).

Eine weitere Erleichterung der Operation ist meines Erachtens durch die »Trokar-Kornzange« (siehe Abbildungen) gegeben, weil es hier nur der Einführung eines einzigen Instrumentes bedarf.

Die Kornzange (Fig. 2*a*) weicht in 3 Punkten von der gewöhnlichen Konstruktion ab: Ihre Griffe sind bei geschlossenen Branchen gespreizt und sind mittels Schraube in jeder Stellung fixierbar; die Branchen sind korrespondierende, gerade ($9^1/_2$ cm lange) Halbrinnen (Fig. 2 *c*), deren eine am Schloß sich nach unten wendet und in eine ebenso lange Ganzrinne kontinuierlich fortsetzt. Dadurch ist bei geschlossenen

Branchen ein Kanal von $^1/_2$ cm Durchmesser formiert, die Hülse des Trokar; der Stachel desselben (Fig. 2 *b*) entbehrt des Griffes; statt seiner findet sich ein senkrecht nach unten abgebogenes Plättchen.

Zur Operation werden die Branchen der Kornzange geschlossen, die Griffe durch Anziehen der Stellschraube fixiert, der Trokarstachel wird eingeführt (Fig. 1), die Griffe der Kornzange werden in die volle Hand genommen, so daß die Platte des Trokars am Zeigefinger anliegt (damit beim Durchstoßen harter Gewebsschwarten die Spitze des Trokars nicht zurückgedrückt werden kann), und nun wird unter Leitung der anderen Hand das Instrument eingestoßen; dann wird der Trokar zurückgezogen und, wenn Eiter ausfließt, die Kornzange nach Öffnen der Schraube durch kräftiges Zusammendrücken ihrer Griffe gespreizt, durch die Stellschraube wiederum fixiert und einem Gehilfen zum Halten übergeben. Wir haben nunmehr eine 2—3 cm breite Öffnung, deren Ränder gespannt sind und dadurch fast gar nicht bluten, durch welche hindurch bei liegendem Instrument nicht nur der Eiter bequem abfließen, sondern auch mit einem Finger eingegangen, gespült und mit oder ohne Spekulum bequem drainiert werden kann. Nebenverletzungen sind nicht zu befürchten, die Operation vollzieht sich in wenig Sekunden und stellt einen überraschend leichten und kleinen Eingriff dar, der sich auch ohne den Apparat einer Klinik unter ungünstigen, äußeren Umständen von einem Arzt allein bequem ausführen läßt.

In der mir zugänglichen akiurgischen Literatur habe ich ein derartiges Instrument nicht gefunden, doch sah ich kürzlich ältere Instrumente von Reverdin und Palmer, welche die gleiche Kombination, jedoch in einer für unsere Zwecke ganz unhandlichen, wohl auch nicht beabsichtigten Form darstellten.

Das beschriebene Instrument hat sich bei zahlreichen Fällen durchweg bewährt und wurde von Herrn Instrumentenmacher Hörig in Breslau angefertigt.

IV.

Über ein modificiertes französisches Dekapitationsinstrument[1].

Von

Dr. **Paul Bong** in Köln.

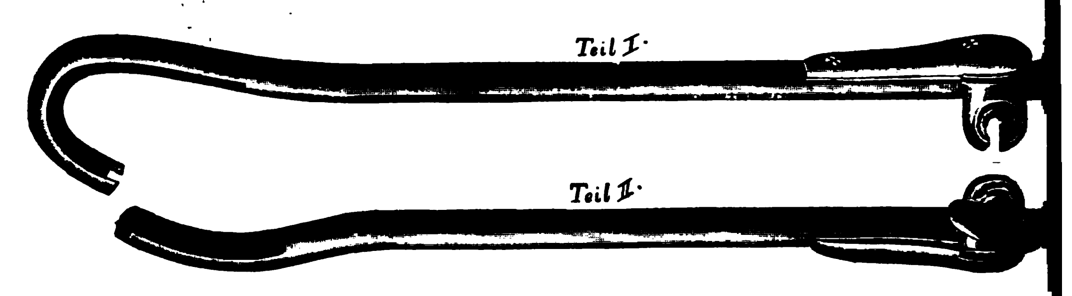
M. H.! In Nr. 33 d. Bl. 1902 referierte Zeiß (Erfurt) über einen von L. Gigli (Florenz) in den Annali di ost. e gin. 1897 Nr. 12 erschienenen Artikel: Embryotomie mit der Drahtsäge. Gigli gibt hier ein neues Embryotomie-Instrument an, bei welchem die Anwendung der von ihm eingeführten Drahtsäge das Wichtigste darstellt. Dieses Referat gibt mir Veranlassung über ein von mir modifiziertes

[1] Nach einem im allg. ärztlichen Verein zu Köln a/Rh. gehaltenen Vortrage.

französisches Embryotomie- speziell Dekapitationsinstrument zu berichten.

Schon vom Jahre 1898 ab trug ich mich mit dem Gedanken, die Gigli'sche Drahtsäge in irgend einer Weise bei der Dekapitation zu verwenden. Bei allen Vorzügen, die der Braun'sche Haken hat, läßt sich nicht leugnen, daß durch ihn selbst bei richtiger Anwendung die an sich schon am meisten gefährdete Stelle des Uterus — dort, wo der Kopf des Kindes liegt — einem Druck ausgesetzt wird, der in manchen Fällen wohl genügt hat, den Eintritt einer Uterusruptur zu beschleunigen. Das Bestreben bei der Konstruktion eines neuen Dekapitationsinstrumentes mußte deshalb hauptsächlich darauf gerichtet sein, die Trennung des Kopfes vom Rumpfe in schonenderer und wenn möglich auch einfacherer Weise zu bewerkstelligen.

Ich fand nun zufällig in dem Kataloge von Collin 1898 ein von dem Franzosen Dr. Ribemont angegebenes Instrument, welches am ehesten meine Idee zu verwirklichen schien. Ich will dasselbe, um Wiederholungen zu vermeiden, direkt mit den Veränderungen beschreiben, die es durch mich erhalten hat.



Die Gestalt des Instrumentes erkennt man am besten aus beigegebener Figur. An den größeren Teil I, der die Form eines stumpfen Hakens hat, legt sich — festgehalten durch eine unten befindliche, etwas zur Seite abstehende Schraube — der zweite gerade Teil fest an. Die beiden Stücke sind hohl und in ihren oberen Teilen durchbrochen von einem Schlitz (s. Fig.). Die Höhlung dient zur Aufnahme eines Mandrins, der sich infolge entsprechender Länge (86 cm) ganz durch den ersten und zweiten Teil schieben läßt. Das obere Ende des Mandrins, das in den Teil I des Instrumentes zu liegen kommt, besteht zum Teil aus einem festen Stabe, mit dessen Hilfe man den biegsamen Teil, der aus zwei aufeinander liegenden, dünnen, 7 mm breiten, stark biegsamen Stahlbändern besteht, leicht auch durch die stärker gebogene Partie des Instrumentes drücken kann. Das untere Ende des Mandrins trägt einen kleinen Haken, der zur Aufnahme des einen Endes der Gigli'schen Drahtsäge dient. Ist die Säge mit Hilfe des Mandrins durchgezogen, so werden an ihren Enden Handgriffe befestigt.

Die Anwendung des Instrumentes ist höchst einfach. In den Fällen von verschleppter Querlage, in denen man mit dem Braun-

schen Haken den Hals des Kindes erreichen kann, wird man ebenso gut den Teil I des neuen Instrumentes anlegen können; die Befestigung des zweiten Teiles ist natürlich leicht. Ebenso macht die Einführung des Mandrins und das Durchziehen der Drahtsäge keine besonderen Schwierigkeiten. Hat man nun an den Enden derselben die Handgriffe angebracht, so kann man, indem man das Instrument durch eine assistierende Person stark nach unten ziehen läßt, mit dem Sägen beginnen. Die Säge tritt dann oben durch den Schlitz herunter auf den Hals des Kindes und durchtrennt ihn, ohne daß, wie beim Braun'schen Haken, ein Druck nach der Seite ausgeübt wird; im Gegenteil, es wird die gefährdete Stelle des Uterus durch den Zug nach unten entlastet.

Vor einigen Jahren wurde — ich glaube im Zentralblatt für Gynäkologie — empfohlen, die Dekapitation in der Weise vorzunehmen, daß man den vorgefallenen Arm in Verbindung mit dem Kopfe läßt, um sich dadurch die Extraktion des abgetrennten Kopfes die vielfach gar nicht so einfach ist, zu erleichtern. Die Ausführung dieses beherzigenswerten Vorschlages war bisher dadurch erschwert, daß man die Durchtrennung mit einer Schere vornehmen mußte. Auf das Gefährliche und Unbequeme dieses Modus procedendi brauche ich wohl nicht lange hinzuweisen. Viel schneller und gefahrloser vollzieht sich die vorgeschlagene Art des Operierens mit dem neuen Instrumente. Man läßt nur die assistierende Person den vorgefallenen Arm stark nach der Seite des Kopfes, das Instrument dagegen nach der entgegengesetzten Seite und unten ziehen und sägt dann so, daß man in der Achselhöhle des Kindes herauskommt.

Eine wichtige Frage, die bei dem von Zeiß beschriebenen Giglischen Instrumente anscheinend nicht sehr glücklich gelöst ist, ist die: Sind die mütterlichen Weichteile genügend vor einer Verletzung durch die Säge geschützt? Dieses notwendige Postulat erfüllt das von mir auch gerade in diesem Punkte umgeänderte Ribemontsche Instrument vollständig. Der in dem oberen Teile des Instrumentes vorhandene Schlitz gestattet der Drahtsäge nur dem Zuge nach unten auf den Hals des Kindes zu folgen, in den sie sich alsbald einbohrt. Eine Verletzung der Mutter ist hierbei vollständig ausgeschlossen.

Ich will an dieser Stelle kurz die Änderungen angeben, die ich an dem Ribemont'schen Instrumente angebracht. Dieselben bestehen in der Anwendung der Drahtsäge, in der Verlängerung des Mandrins und in einer ausgiebigeren Schließung des Instrumentes zum Schutze der Mutter. Ribemont verwendet an Stelle der Säge eine über einen Meter lange Kordel, die in dem mittleren Teile mit einem Draht umwickelt ist. Bei der Kürze des früheren Mandrins war die Befestigung der Kordel oben in der Vagina nicht so einfach, das Durchziehen der vor der Operation ausgekochten Kordel fast unmöglich.

Die mit dem Instrumente an Kinderleichen angestellten Durch-

sägungsversuche haben ergeben, daß der Hals und auch die Brust des Kindes sich sehr leicht durchsägen lassen.

Ich möchte gerade dem praktischen Arzte auf dem Lande das Instrument empfehlen, da gerade er noch häufiger, als der Arzt in der Stadt unter schwierigen Verhältnissen in die Lage kommt, Fälle von verschleppter Querlage zu sehen; die Dekapitation wird durch das modifizierte Instrument sicherlich zu einer einfacheren Operation gemacht, als sie bisher gewesen ist.

Neue Bücher.

1) **Piskaček.** Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen.

Wien, **Wilhelm Braumüller,** 1902.

Das jetzt auch an der Wiener Schule eingeführte P.'sche Hebammenlehrbuch ist bereits nach 3 Jahren in dritter, nicht wesentlich veränderter Auflage erschienen. Es ähnelt bezüglich der Einteilung des Stoffes und in der Form der Darstellung von den deutschen Hebammenlehrbüchern am meisten dem Leopold-Zweifelschen, wenn auch die Gefährlichkeit und Entbehrlichkeit der inneren Untersuchung in vielen Fällen nicht so streng betont wird als in dem sächsischen Lehrbuche. Mit Recht wird bei der Desinfektion zur inneren Untersuchung das Hauptgewicht auf die mechanische Reinigung der Hände und Vorderarme mit sehr heißem Wasser, Bürste und Seife gelegt; nur scheinen die diesbezüglichen Vorschriften etwas zu umständlich und weitgehend (besonders das Abtrocknen inmitten der Reinigung), um in praxi wirklich peinlich durchgeführt zu werden. Desinfektionsmittel ist 2%ige Lysollösung.

Zur inneren Wendung bei Querlagen ist die Hebamme berechtigt, wenn 5 Stunden nach dem Blasensprung der Muttermund vollständig eröffnet, das Becken nicht unter dem ersten Grade verengt, die Lage nicht eine »vernachlässigte« ist und der Arzt bis dahin nicht erreichbar war. Bei Placenta praevia ist, wenn unmittelbare Lebensgefahr der Mutter sich einstellt, sofern der Muttermund handtellergroß, der Hebamme gestattet, die Fruchtblase zu sprengen und bei Fußlagen den Steiß in den Beckeneingang hereinzuziehen. Im Verlauf der Fehlgeburt wird die Zuziehung des Arztes schon bei geringen Regelwidrigkeiten zur Pflicht gemacht.

Als mustergültig müssen das Schlagwörterverzeichnis und die kurzen Randauszüge der einzelnen Kapitel bezeichnet werden; die Illustrationen, besonders die Phototypien der Handgriffe der äußeren Untersuchung sind sehr gut ausgeführt, wenn auch etwas mehr schematisch gehaltene Bilder nach den Erfahrungen des Ref. von den Schülerinnen im allgemeinen leichter aufgefaßt und richtiger gedeutet werden. Der neu hinzugekommene Handgriff zur Feststellung, ob die Nachgeburt noch in utero oder bereits gelöst, wird

wohl von den meisten Hebammenlehrern auch geübt, seine photographische Darstellung wirkt aber entschieden sehr instruktiv und wird zu ruhiger Beobachtung der Nachgeburtsperiode sicher beitragen.

Die äußere Ausstattung des »Lehr- und Nachschlagebuches« ist eine vorzügliche. **Buschbeck** (Dresden).

---

2) **B. Robinson** (Chicago). Das Peritoneum. Teil I. Histologie und Physiologie.

Chicago, **Chicago med. book Co.,** 1899.

Der Verf., welcher auch in Europa als tüchtiger Histologe bekannt ist, hat hier den ersten Band eines groß angelegten Werkes in vornehmer Ausstattung vorgelegt, welcher die Histologie und Physiologie des Bauchfells behandelt, während spätere Teile offenbar für die Pathologie bestimmt sein werden. Seine Auffassung gipfelt offenbar in der Lehre der v. Recklinghausen'schen Stomata. Seine Abbildungen sind meist dem Bauchfell des Kaninchen und des Frosches entnommen, einige auch dem des Menschen. Sie entsprechen fast genau den auch in Kölliker-Ebner's Histologie (Bd. III, 2. Hälfte, p. 687) gegebenen Abbildungen, unterscheiden sich nur in einem sehr wesentlichen Punkte. Während die letztere 10 Zellen mit je einem dunklen Kern in der Spitze sich um eine Öffnung anreihen läßt, sind bei R. statt der dunklen Kerne, besonders dunkel granulierte Zellen zu einer unmittelbar das Stoma umgebenden Zellenreihe angeordnet.

An einzelnen Stellen sind nur die Lücken zwischen mehreren Endothelzellen auf der freien Oberfläche zu sehen, während die kleinen, das Stoma umgebenden Zellen herausgefallen sein sollen. Wir müssen es dem Autor überlassen, ob er seine abweichende Anschauung, die er auch mit anderen Histologen (z. B. Nikolsky) teilt, wird durchfechten können.

Außer diesen mit den Lymphräumen in Verbindung stehenden Stomata vera, gibt es noch Stomata spuria zwischen zwei aneinanderstoßenden Zellen, ohne eine besondere Anordnung »granulierter« Zellen um sie herum. Diese scheinbaren »falschen« Stomata sollen Bindegewebszellen, bezw. den Fortsätzen derselben entsprechen. Salpetersaures Silber läßt ihre Umrisse deutlich hervortreten. Die Endothelplatten und die Räume dazwischen sind die weiteren wichtigen Elemente der Bauchfelloberfläche; Zusammenziehen der ersteren vergrößert, Ausdehnung verkleinert die interendothelialen Räume. Im Peritonealüberzug des Zwerchfells ist der hauptsächliche Sitz dieser Einrichtung, und hier erfolgt denn auch hauptsächlich die Aufsaugung geformter und ungeformter Elemente, wie R. durch Versuche erwiesen hat.

Die weiteren Kapitel gelten dem subperitonealen Gewebe, Bindegewebe mit sehr zahlreichen elastischen Fasern als Stützwerk für das Endothel (sehr instruktiv z. B. Fig. 87), den Blut- und den Lymphgefäßen und endlich den Nerven des Bauchfells, welche zwar für

den Anatomen manches Interessante enthalten mögen, weniger dagegen für den Praktiker. Doch möchten wir daraus hervorheben, daß der Bauchfellüberzug der Darmschlingen am meisten Nervenfasern enthält.

Für die physiologischen Aufgaben des Bauchfells, die Aufsaugung und Filtration von Massen aus dem Bauchfellraum, kommt neben der Durchlässigkeit der Gewebe zumal auch der mechanische Druck in Betracht, wie schon Hamburger experimentell durch Unterbindung des Ductus thoracicus bei Hunden erwiesen hat. Eine besondere »vitale« Kraft, wie Heidenhain und Orlow sie als notwendig ansehen, stellen Hamburger und Verf. in Abrede, denn auch das tote Peritoneum saugt auf wie das lebende. Der Aufsaugung dienen nicht allein die Lymph-, sondern auch die Blutgefäße. Der letzte Abschnitt bespricht die Technik, auf welche wir nicht weiter eingehen können. Sehr ausführlich ist die Bibliographie, welcher nicht weniger als 103 Seiten gewidmet sind.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Vereinigung der Breslauer Frauenärzte.

Sitzung am 18. November 1902.

Vorsitzender: Herr Küstner; Schriftführer: Herr Asch.

Vor der Tagesordnung demonstriert

Herr Biermer: Doppelseitige Hypogastrica-Unterbindung bei inoperablem Portiokarzinom.

M. H.! Ich möchte Ihnen heute eine Pat. vorstellen, bei der ich wegen inoperablem Portiokarzinom vor 4 Wochen die Palliativoperation nach Krönig — die doppelseitige Hypogastrica-Unterbindung — vorgenommen habe. Krönig hat dieses Verfahren als Verlegenheitsoperation empfohlen für die Fälle, wo die Wertheim'sche Radikaloperation aus technischen Gründen nicht mehr ausführbar erscheint. Auch ich mußte von der radikalen Beckenausräumung Abstand nehmen, wegen der absolut unzulänglichen Narkose. Die Pat. hat eine zweifaustgroße Struma, welche die Trachea vollständig umschließend komprimiert. Wer die Wertheim'sche Karzinomoperation vorgenommen hat, wird mir zugeben, daß eine tadelose Narkose Conditio sine qua non ist. In starker Beckenhochlagerung war aber bei dieser Pat. die Cyanose und der Stridor ein so bedrohlicher, daß ich mich mit der Hypogastrica-Unterbindung begnügen mußte.

Bei den Mitteilungen von Krönig konnte ich mich eines bedenklichen Kopfschüttelns nicht erwehren. Die Hypogastrica mit ihren 8 Hauptästen versorgt außer dem Uterus fast vollständig die Blase, den Ureter, die Scheide, das Perineum und die großen Muskeln des Gesäßes. Meine theoretischen Bedenken mußten verstummen gegen die praktischen Erfahrungen Krönig's.

Die 45jährige Pat. hat vor 15 Jahren einen Partus durchgemacht, seitdem steril. Seit 10 Wochen profuse Blutungen, Drängen zum Wasserlassen, Druck auf den Mastdarm, Rückenschmerzen, Abnahme der Körperkräfte. Bei der Aufnahme befand sich statt einer Portio ein fünfmarkstückgroßes, flach eingesunkenes Krebsgeschwür. Die Scheidenränder sind circulär ergriffen und bluten ebenso wie das Ulcus bei leichtester Berührung. Ein Anhaken der Scheidenränder ist unmöglich. Uterus mäßig vergrößert, unbeweglich. Die Parametrien beiderseits infiltriert. Von einer Excochleatio und Ausbrennung wurde wegen der Gefahr des Durchbruches Abstand genommen.

Operation 21. Oktober 1902. Fascienquerschnitt in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Bei der Schlaffheit der Bauchdecken gestattet der 10 cm lange Schnitt eine bequeme Übersicht. Zwei mit dem Uterus fest verlötete Pyosalpinxsäcke werden zuerst exstirpiert (Demonstration derselben). Transperitoneales Aufsuchen der Hypogastrica etwas unterhalb des Promontorium in der Gegend der Symphysis sacroiliaca. Der Peritonealschlitz ist 3 Querfinger breit. Unterbindung mit Seide beiderseits direkt am Abgange von der Iliaca com. Schluß des Peritoneums mit Katgutknopfnähten. Die Art. spermat. und Art. ligam. rotundi waren bei der Abbindung der Adnextumoren schon ligiert worden.

Während der glatt verlaufenden Rekonvaleszenz klagt die Pat. mehrmals über Frostgefühle ohne Temperatursteigerung. War auch der Heilungsverlauf ein guter zu nennen, so ist der Erfolg kein ganz erwünschter. Zwar sistierte die Blutung und Jauchung sofort. Das Karzinomgeschwür ist heute, nach 4 Wochen, um die Hälfte kleiner und durch das Schrumpfen der Scheidenränder tiefer eingesunken. Während 14 Tage post operat. die instrumentelle Berührung noch eine venöse Blutung zur Folge hatte, ruft heute eine energische digitale Berührung keine Blutung mehr hervor. Der Uterus ist kleiner geworden und wahrscheinlich infolge der Entfernung der Adnextumoren beweglicher. Aber die Gehfähigkeit der Pat. hat gelitten. Sie klagt über Schmerzen in der Gesäßmuskulatur. Sie geht gebeugt und stützt sich beim Sitzen und Gehen mit den Armen auf die Oberschenkel. Ich befürchte, daß die geringere Blutversorgung in diesem mächtigen Muskelgebiete die Ernährungsvorgänge gestört hat, ähnlich den trophoneurotischen Störungen bei bestimmten Reizungen des Halssympathicus im Facialisgebiete.

Ich möchte nun einige Herren bitten, die Pat. zu untersuchen und den derzeitigen Befund zu prüfen. Vielleicht ist es mir möglich, Ihnen in einigen Monaten dieselbe wieder vorzustellen, um den weiteren Verlauf dieser Verlegenheitsoperation demonstrieren zu können.

I. Herr Küstner: Die plastische Verwendung der oberen Cervixpartie zum Schluß von Blasen-Scheidenfisteln.

Nachdem K. schon früher gelegentlich zwecks besserer Zugänglichmachung des Terrains die Portio umschnitten — selbst mit Eröffnung des hinteren Douglas — und die Blase hoch von der Cervix abgeschoben hat, besonders bei Fisteln, welche bis dicht an die Cervix herangingen oder den unteren Teil der Cervix zum Wegfall gebracht hatten, macht er seit über einem Jahre von diesem Verfahren bei allen Blasen-Scheidenfisteln prinzipielle Anwendung, seitdem ihm die Publikation von Nicolai Wolkowitsch die Richtigkeit dieser operativen Prinzipien bestätigt hat.

Die Methode besteht in folgendem:

Querschnitt vor der Portio. Abschieben der Blase von der Cervix in großer Ausdehnung. Von den Enden dieses Schnittes aus Umschneidung der Fistel. Vertiefung dieses Schnittes durch Gewebsspaltung. Quere Aufnähung der Portio auf die untere Wundbegrenzung der Fistel mit meist nur wenigen Drahtnähten. Dauerkatheter.

Je nach der Individualität müssen Narbenausschneidungen, völlige Circumcision der Portio eventuell bis in den hinteren Douglas, isolierte Nahtversorgung der Blasenwand mit Katgut, Schuchardt'scher Hilfsschnitt in Anwendung gezogen werden.

Von dem hohen Blasenschnitte, welchen Wolkowitsch zwecks postoperativer Herstellung der Blasenleere prinzipiell anlegt, sieht K. ab und kommt mit Dauerkatheter aus.

K. wendet dieses Verfahren seit einem Jahre an und hat seine letzten 11 Blasen-Scheidenfisteln unterschiedslos damit operiert und damit stets prima intentio erzielt. Unter diesen Fisteln befinden sich neben kleinen, welche auf jede Methode ohne weiteres zum primären Verschlusse zu bringen gewesen wären, auch sehr große und komplizierte Fisteln und auch solche, welche nach anderen Methoden und von anderen Operateuren vergeblich operiert worden waren.

Wenn auch der Fortschritt in der Fisteloperation, welcher durch Mackenrodt's Methode, der Abtrennung der Blase im Bereiche und der unmittelbaren Nachbarschaft der Fistel und der isolierten Vernähung der Blasenwand, gar nicht zu verkennen ist, so gewährt das beschriebene Verfahren durch die prinzipielle Heranziehung des cervicalen Uterusabschnittes zum Fistelverschlusse weitere bedeutende Vorteile. Man soll bei den schwierigsten Fisteln erst dieses Verfahren anwenden, ehe man zu dem Freund'schen seine letzte Zuflucht nimmt.

Diskussion. Herr Baumm hat das Verfahren auch mit Erfolg probiert. Er löst aber die Blase vom Fistelrande aus ab. Zur Naht benutzt er nur Katgut. Er sah dabei in allen seinen Fällen primäre Heilung.

II. Herr L. Fraenkel: Demonstration einer Trokar-Kornzange.
(Siehe Originalmitteilung in dieser Nummer.)

Diskussion: Herr Biermer hat bis jetzt weder Trokar noch Kornzange zur Eröffnung von Beckenphlegmonen gebraucht. Er verwendet statt dessen den Paquelinschneidebrenner. Nachdem der geeignetste Punkt der Eröffnung in Narkose festgestellt ist, wird derselbe mit einer Kugelzange markiert und an dieser Stelle langsam inzidiert. Von dieser nicht blutenden Eröffnungsstelle wird der Erweichungsherd mit dem touchierenden Finger palpiert und in der gewünschten Richtung weiter mit dem Paquelin gebrannt. Die so gewonnene Eröffnung gestattet stets auch eine ausgiebige Drainage.

Herr Maiss hat früher auch mit dem Paquelin operiert, findet aber das Fraenkel'sche Verfahren für manche Fälle gut und notwendig.

Herr L. Fraenkel (Schlußwort).

III. Herr Dienst: 1) Über Placentartumoren.

In der Nachgeburt einer 44jährigen XVIIpara mit leichten Ödemen an den unteren Extremitäten findet sich ein faustgroßer, ovaler Placentartumor, der die fötale Seite der Placenta stark vorbuckelt, locker im Gewebe der Nachgeburt gelegen und nur dort mit dem Chorion frondosum verwachsen, wo sich ein Gefäßast der Art. umbilicalis in die Geschwulst einsenkt; außerdem verläßt eine Vene den Tumor an seiner, der uterinen Placentafläche zugewandten Basis. Es floß bei der Geburt viel Fruchtwasser ab. Die Frucht, ein kräftiger Knabe, zeigte 3 Tage lang hochgradige Stauungssymptome. D. ist geneigt, dafür den Tumor der Placenta verantwortlich zu machen, denn an seiner Basis zieht die eine Art. umbilicalis hin, welche durch die ihr an- und aufliegende Geschwulst ganz platt gedrückt ist; ihr Lumen ist fast ganz verödet, thrombosiert und verkalkt.

Ferner hatte D. Gelegenheit, die Geburt bei einer 25jährigen IIpara zu beobachten. Die Frau kam wegen Mitralinsuffizienz, Schwangerschaftsnephritis und Hydramnios im 8. Monate ihrer Gravidität in die Klinik und gebar hier spontan ein 36 cm langes und 1240 g schweres Mädchen in Unterendlage wenige Tage darauf. Sehr viel Fruchtwasser; sehr starke atonische Nachblutung. In der Placenta, die in Stücken abging, fanden sich 4 Geschwülste; die größte ist dreiknollig, über faustgroß, die kleinste so klein, daß es gelang, sie nach sorgfältiger Härtung und Einbettung in Celloidin in lückenlose Serienschnitte zu zerlegen. Auf Grund des Ergebnisses der mikroskopischen Untersuchung aller dieser Tumoren kommt der Vortr. zu dem Resultate, daß es sich bei allen diesen Tumoren um eine geschwulstartige Wucherung aller Gewebsbestandteile einer von vornherein pathologisch angelegten und mißgebildeten Zotte handle — pathologisch insofern, als die zum Zustandekommen normaler Chorionzotten nötige intimste Annäherung und Berührung der Allantoiskapillaren und der fötalen Trophoblastzellen (Peters), infolge einer abnormen Festigkeit des Mesoderms der Chorionzotten, hier unterblieben ist. Für Syphilis besteht auch mikroskopisch nicht der geringste Anhalt. Denn in den Organen des 36 cm langen Kindes, das 11 Stunden nach der Geburt starb, fanden sich nur Merkmale einer hochgradigen Stauung. D. ist nun der Ansicht, für die Entstehung der Tumoren müsse eine Stauung im mütterlichen intervillösen Raume, und zwar in der 3. Woche des Fötallebens, angenommen werden.

Trotz der verschiedensten Beurteilung und Benennung, welche in diagnostischer Hinsicht die bisher bekannten Geschwülste dieser Art in der Placenta erhalten hätten, glaubt D., es nur immer mit ein und derselben Geschwulstart zu tun zu haben. Diese Tumoren würden nämlich ihrer Struktur nach alle ohne Ausnahme als »allantogene, myxofibröse Kapillarangiome des Chorions« nach Ansicht des Vortr. zu bezeichnen sein. Zur Vereinfachung der Bezeichnung dieser gutartigen Bindesubstanzgeschwülste der Placenta schlägt D. den Namen: »Chorioma« vor, im Gegensatze zu den vom Chorionepithel abstammenden äußerst malignen Epithelgeschwülsten, für die ihm der Name Chorionepitheliome am passendsten dünkt.

Eine ausführlichere Abhandlung des Vortr. über die von ihm beobachteten und untersuchten, sowie über die Placentartumoren überhaupt, wird demnächst in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinen.

2) Ein Amorphus bei Zwillingsschwangerschaft.

D. demonstriert einen mit äußerer Haut und Lanugohärchen bekleideten, dreizipfligen, faustgroßen Fleischklumpen, an dem ein ca. $^1/_2$ cm langer Nabelschnurrest hängt. Er wurde nach der Geburt eines kräftigen Knaben vor der eineiigen Zwillingsplacenta aus dem Uterus ausgestoßen und muß als Amorphus oder Anideus bezeichnet werden. Unter Amorphen versteht man Mißbildungen, die den höchsten Grad der als Acardii, d. h. Herzlosen, bezeichneten darstellen. An der zugehörigen Zwillingsplacenta findet sich, fast zentral inserierend, eine normale Nabelschnur und gewissermaßen als Anhängsel dieser eine der Mißbildung angehörende, zweite, kleinere Nabelschnur, mit nur je einer Arterie und einer Vene; sie ist durch eine Amnionfalte mit der großen Nabelschnur verbunden, ist stark torquiert und an ihrem abgedrehten freien Ende kolbig verdickt. Entsprechend der für diese Mißbildungen charakteristischen Eigentümlichkeit, daß nämlich, worauf Claudius zuerst aufmerksam machte, hierbei eine Umkehr der Circulationsverhältnisse statthabe, konnte D. durch sorgfältige Präparation der in den beiden Nabelschnuren verlaufenden Gefäße den Nachweis führen, daß die Arterie der Mißbildung aus der einen Art. umbilicalis der normalen Frucht ihren Ursprung nahm, ohne überhaupt die Placenta zu berühren, daß sodann der Blutstrom von der Nabelarterie der großen normalen Frucht aus in die Arterie der Mißbildung seinen Weg genommen haben mußte, so daß also das Blut nach der Mißbildung zu geströmt sei und nicht, wie das in der Norm in der Nabelarterie zu erwarten wäre, von derselben weg. Wäre nämlich der Blutstrom nicht in der besagten falschen Richtung geflossen, so würde man sich die Ausbuchtung des Arterienrohres an seinem freien, abgedrehten Ende nicht erklären können, was jedoch keinerlei Schwierigkeit bietet, wenn man annimmt, daß die Circulation in einer der Norm entgegengesetzten Richtung hin erfolgt sei, wenn man in dieser Erweiterung des Arterienrohres den Folgezustand einer durch die Torsion der Nabelschnur bedingten Behinderung des Abflusses des zugeführten Blutes erblickt. Das andere, dem Verhalten seiner Muskulatur nach als Vene zu deutende Gefäß in der Nabelschnur des Amorphus ist nun entgegengesetzt zu dem Verhalten der Arterie, am freien Ende der Nabelschnur nicht nur nicht verdickt, sondern fadendünn. Es hätte jedoch nach Ansicht des Vortr. das freie Ende der Nabelvene ausgebuchtet werden müssen, wäre der Blutstrom in diesem Nabelstranggefäße wie unter normalen Verhältnissen geflossen. Mithin muß also auch für die Nabelvene eine Umkehr der Verlaufsrichtung des Blutstromes angenommen werden; so daß auf Grund der Befunde in beiden Gefäßen eine allgemeine Umkehr der Circulation in dieser Mißbildung außer Frage zu stehen scheint. Sonach hat die Mißbildung von vornherein mit dem schlechten venösen Blute der normalen Frucht vorlieb nehmen müssen. Diese Ungunst der circulatorischen Verhältnisse macht es begreiflich, daß der Fötus von vornherein eine nur geringe Wachstumstendenz zeigt, daher so klein geblieben ist, daß er ferner auf Grund der Umkehr der Circulation sehr difformiert ist.

IV. Herr Schiller demonstriert Präparate (mikroskopische und makroskopische von Tubentuberkulose und bespricht im Anschluß daran zwei von ihm

operierte Fälle von Genitaltuberkulose der Frau. S. präzisiert dabei auch seinen Standpunkt hinsichtlich der Operation derartiger Fälle, indem er nämlich in Übereinstimmung mit der Hegar'schen Schule in Zukunft solche Pat. radikal operieren wird, d. h. unter Entfernung von Tuben und Uterus. S. spricht die Hoffnung aus, daß sich dies Verfahren, welches auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Karlsbad viele Anhänger gefunden hat, mehr einbürgern wird, und daß man mit einer im Anschluß daran ausgeführten Tuberkulinkur noch bessere Resultate erzielen wird als mit der Laparotomie allein.

Diskussion: Herr Asch hat Fälle von dauernder Heilung gesehen nach alleiniger Inzision; an eine Entfernung der mit Tuberkelknötchen übersäten Genitalien war nicht zu denken bei gleichzeitiger Aussaat über das übrige Peritoneum. Im Prinzip mag man bei isolierter Tubentuberkulose auch den Uterus entfernen; ein Fall blieb trotz Belassung des Uterus nach Entfernung der tuberkulösen Adnexe auch dauernd geheilt (10 Jahre).

Herr Courant.

Herr Rosenstein fragt den Vortr., ob die Knötchen auch mikroskopisch als tuberkulös festgestellt sind.

Herr Schiller verneint dies.

Herr Küstner: Man muß auch den Uterus mitentfernen. Bei Laparotomie sei die Diagnose oft schwer festzustellen.

Herr Loebinger betont, daß bei Unauslösbarkeit der tuberkulösen Genitalien die bloße Kolpotomie oft einen ebenso günstigen Einfluß hat wie die Laparotomie. Ein zur Totalexstirpation bestimmter Fall erweist sich nach Eröffnung des Douglas, wobei sich nur wenig Ascites entleert, als inoperabel; nachdem zur mikroskopischen Untersuchung ein Stückchen des mit Tuberkeln besäten Bauchfelles exzidiert ist, wird die Wunde durch Naht geschlossen. Pat. erholte sich auffallend rasch, nimmt beträchtlich an Gewicht zu und ist seitdem, d. i. seit 6 Jahren, absolut beschwerdefrei.

Herr Schiller (Schlußwort).

V. Herr Heyn stellt drei der geburtshilflichen Poliklinik der kgl. Frauenklinik entstammende Fälle von Missed abortion vor.

Fall I. 34jährige VIpara, vorher noch nie abortiert. Letzte Regel 6. Juni 1901. Am 26. Januar 1902 Abgang des Eies in toto.

Das Präparat stellt einen vollständigen Ausguß des Uterus vor. Chorion wie gehärtet, derb, rauh, von grauer Farbe. Subchoriale Hämatome. Der Fötus entspricht der Mitte des 3. Monates. Die Nabelschnur ist zwirnsfadendünn, weist bei einer Länge von 4 cm 25 Umwindungen auf.

Retention $4^1/_2$ Monate.

Fall II. 35jährige VIIIpara, vorher nie abortiert. Letzte Regel, bestimmt angegeben, am 4. Oktober 1901. Am 26. Februar 1902 ein Sturz von der Treppe, Blutung, Abgang des Eies in toto.

Das Präparat entspricht seiner Größe nach dem Ende des 4. Monates; es stellt einen schlaffen Sack dar. Das Chorion, das nur wenig von den Eihüllen frei läßt, ist weich, hat die typische Farbe der Placenta. Wenig klares Fruchtwasser. Der Fötus hängt an einer ca. 3 cm langen, ödematösen Nabelschnur, die nur $2^1/_2$ Umdrehungen zeigt. Seine Länge beträgt $1^1/_2$ cm, er ist also in der 5. oder 6. Woche abgestorben.

Retention 3 Monate.

Fall III. 32jährige IXpara, die schon 2mal abortiert hat. Letzte Periode 17.—24. Dezember 1901. Ende März Übelkeit, Gefühl von Schwere im Leibe, Schüttelfröste. Am 31. Mai 1902 Wehen und Geburt des Eies in toto.

Das Präparat entspricht seiner Größe nach dem Ende des 3. Monates. Chorion hart, rauh, von grauer Farbe wie in Fall I, läßt einen großen Teil der Eihüllen frei. Der Fötus ist wahrscheinlich Ende März abgestorben.

Retention 2 Monate.

In den mikroskopischen Präparaten bei allen 3 Fällen regressive Veränderungen: Verlust der Kapillaren in den feineren Chorionzotten, hyaline Degenera-

tion, Fibrinniederschläge, Thrombosen in den intervillösen Räumen, Verkalkungen. Die Eihüllen sind sehr gut erhalten.

Lues ist anamnestisch in allen 3 Fällen auszuschließen.

Was der Grund der Retention gewesen ist, ließ sich mit Sicherheit nicht feststellen. Wenn man die von Zweifel u. a. angeführte Inertia uteri nicht anerkennen will, könnte man sich den Schäffer'schen Ausführungen (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VIII p. 356) anschließen.

Herr Orgler demonstriert im Anschluß hieran ein Präparat von Hämatommole, welche klinisch ja auch stets das Bild der »Missed abortion« darbietet. Es stammt von einer 35jährigen VIIpara; letzte Entbindung Januar d. J., Kind wurde bis zum Juni gestillt. Anfang Mai zum ersten Male Periode, sehr stark, dann Ausbleiben, vom 8. Oktober bis 12. November täglich Blutung von wechselnder Stärke. An diesem Tage fand O. einen vergrößerten Uterus, der einer Gravidität von 3 Monaten entsprach, den äußeren Muttermund leicht geöffnet, schmierig-bräunlichen Ausfluß; in der darauf folgenden Nacht erfolgte Ausstoßung des Eies in toto.

Die Betrachtung des Präparates bestätigt die schon bei der Untersuchung, besonders infolge der Inkongruenz zwischen Größe des Uterus und vermutlicher Dauer der Gravidität (26 Wochen), aufgestellte Vermutung einer derartigen Anomalie. Es finden sich alle als typisch für die Mola haematomatosa erkannten Veränderungen vor, nämlich:

1) Mißverhältnis zwischen Größe des Eies (dasselbe ist etwa gänseeigroß) und Dauer der Gravidität,

2) Faltenbildung des Amniochorions,

3) Vorbuckelung der Innenfläche durch subchorial gelegene Hämatome,

4) kümmerliche Entwicklung des Embryos im Vergleiche zur Größe des Eies, welch letztere Eigenschaft sich im vorliegenden Falle bis zu völligem Schwund des Embryos und der Nabelschnur gesteigert findet.

Die Pathogenese dieser Anomalie läßt sich am besten durch die von Davidsohn (Archiv für Gynäkologie Bd. LXV) aufgestellte Hypothese eines primären Hydramnion erklären, welche ungezwungener erscheint als die alten Anschauungen von Breus und J. Neumann. Nimmt man ein primäres Hydramnion an, so kann man sich wohl denken, daß, wenn nach dem Tode des Embryos eine Resorption des Fruchtwassers eintritt oder dasselbe durch eine kleine Ruptur des Eisackes langsam aussickert, dann gleichzeitig, entsprechend der Abnahme des hydrostatischen Druckes im Inneren der Eihöhle, subchoriale Hämatome entstehen, welche den freigewordenen Raum schnell wieder ausfüllen; dabei ist natürlich auch die auffällige Kleinheit des Embryos verständlich, ebenso wie die durch Schrumpfungsvorgänge entstehende Faltung des Amniochorions. Auch der 4. Punkt, die Inkongruenz zwischen Größe des Eies und Dauer der Gravidität oder — mit anderen Worten — die lange Retention wird bei dieser Hypothese verständlich, indem das Volumen des Eies ja keine Zunahme erfährt, welche die Uterusmuskulatur zu Kontraktionen und Ausstoßungsversuchen veranlassen könnte. Was die beiden auffälligen Punkte, den völligen Schwund von Embryo und Nabelstrang, sowie die enorme Ausdehnung der Placentaranlage im Vergleich zum zottenfreien Abschnitt des Chorion (etwa 7 : 1) betrifft, so ist zu bemerken, daß auch von Delbanco und Walther Fehlen des Embryo (durch Resorption) beobachtet wurde, während der andere Punkt auf die frühzeitige Entstehung dieser Anomalie hinweist.

VI. Herr Rothe: Narkosenlähmungen und deren Vermeidung.

Redner weist auf das trotz aller angegebenen Maßnahmen immer noch relativ häufige Vorkommen von Narkosenlähmungen hin. Besonders hält er leichte Paresen, die in wenigen Tagen zurückgehen, oft gar nicht bemerkt werden, für nicht selten und konnte mehrere solche Fälle beobachten. Nach seiner Ansicht soll man die Arme dem Körper anlagern und auf die Kontrolle des Pulses an der Radialis verzichten, was bei genauer Pupillenbeobachtung ohne jede Gefahr möglich ist (Demonstration von Armhaltern). Will man es nicht, so soll man höch-

stens einen Arm hochlagern und den Kopf ständig nach der Seite des elevierten Armes gedreht halten, um so die Spannung des Plexus brachialis zu vermindern.

Diskussion: Baumm, Rothe (Schlußwort).

VII. Herr Maiss: Demonstration eines Cystosarkoms der Bauchhöhle, dessen Ausgangspunkt (nach einem Trauma) sich auch bei der Operation nicht feststellen ließ.

---

4) Gynäkologische Gesellschaft zu München.

Sitzung vom 28. Mai 1902.

Vorsitzender: Herr J. A. Amann; Schriftführer: Herr A. Mueller.

Bericht von Dr. G. Wiener, i. V. des Herrn Dr. Mirabeau.

1) Herr Kamann demonstriert einen 9 Tage alten Knaben, von einer 18jährigen Ipara stammend, spontan geboren. Übertragen. Gleich nach der Geburt wog der Knabe 5070 g und war 57 cm lang. Schwangerschaftsdauer von der zuerst ausgebliebenen Periode an gerechnet 339 Tage. Die ersten Kindsbewegungen wurden 189 Tage vor der Geburt bemerkt.

2) Derselbe. Leiche eines spontan in Schädellage geborenen Kindes mit angeborenem Kropf. Die Mutter, eine XIIpara, litt an dem gleichen Leiden. K. tritt der Ansicht entgegen, daß der angeborene Kropf Gesichtslage bedinge. Die Anschwellung der Schilddrüse bei in Gesichtslage geborenen Kindern sei vielmehr Folge der Deflexionsstellung.

3) Herr Krecke: Einige Punkte aus der Lehre von der fortschreitenden Peritonitis.

Vortr. wünscht den Namen fortschreitende Peritonitis fallen zu lassen und dafür fortschreitende oder freie Peritonitis zu sagen, denn es finden sich mit wenigen Ausnahmen einzelne Teile des Abdomens von Peritonitis frei und das Wichtige sei, daß dieselbe unaufhörlich in der freien Bauchhöhle fortschreite. Die fortschreitende Peritonitis ist heilbar, selbst wenn schon ein großer Teil der Bauchhöhle mit Eiter überschwemmt ist, so lange nicht die Intoxikation des Gesamtorganismus einen tödlichen Grad erreicht hat. Das ist der Fall in den ersten 36 Stunden. K. hat im letzten halben Jahre nach 5, 12 und 28 Stunden operieren können und gute Resultate erzielt. Die Auftreibung des Leibes fehlt in den ersten Stadien, es besteht sogar Einziehung der Bauchdecken, jedoch immer eine hochgradige Empfindlichkeit. Puls und Temperatur geben nicht immer ein genaues Bild von der Schwere der Infektion.

Die Operation soll den Eiter entleeren und den Krankheitsherd beseitigen. Die anzulegenden Schnitte seien nicht zu klein, bei weitgehender Eiterung sollen beide Seiten des Abdomens eröffnet werden. Der Eiter kann entweder ausgespült oder ausgetupft werden. Die Bauchwunden seien möglichst weit offen zu lassen, die Bauchhöhle nach allen Richtungen hin zu drainieren. Sehr wichtig sei die Nachbehandlung: Jede Nahrungsaufnahme per os sei zu vermeiden, bis die ersten Flatus abgegangen. Gegen den Durst Ausspülungen mit heißem Wasser. Zur Hebung der Herzkraft täglich 3mal Kochsalzinfusionen von $^1/_2$—1 Liter und Kampferölinjektionen. Bei reichlichem Erbrechen Magenspülungen. Die Darmfunktion sei möglichst bald wieder herzustellen. Salzwasser- und Ölklystiere, event. subkutan zu applizierende Abführmittel. Droht die Lähmung der Darmperistaltik dem Herzen Gefahr, so soll man eine Fistel am Colon ascendens anlegen. In einem von K. operierten Falle guter Erfolg, Schluß der Fistel nach 6 Tagen. Bei neuerlichen Fiebersteigerungen ist nach weiteren Abszessen zu fahnden und müssen dieselben baldigst geöffnet werden.

Diskussion: Herr Nassauer fragt, wann bei einer postoperativen Peritonitis der Leib wieder zu öffnen sei, und ob Vortr. Erfahrungen mit subkutanen Atropininjektionen habe?

Herr A. Mueller fragt über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Dämpfung und empfiehlt bei Darmatonie hohe Einläufe event. verbunden mit Atropininjektionen.

Herr A. Amann berichtet, daß er bei Darmlähmungen manchmal gute Erfolge von der operativen Entleerung einer Darmschlinge gesehen habe, event. Anus praeternaturalis. Mit Atropininjektionen hat er gute Erfolge erzielt. Auch intravenöse Silberlösunginjektionen haben ihm bei puerperaler Sepsis zeitweise guten Einfluß auf das Allgemeinbefinden der Pat. ausgeübt. Infolge der Verschiedenheit der Lage der Flexura sigmoidea glaubt A., daß bei hohen Eingüssen das Rohr nicht in das Colon descendens kommt, sondern nur die Flexura emporschiebt, im übrigen empfiehlt er die fortgesetzten Kochsalzinfusionen, sowie die Magenspülungen warm.

Herr Krecke: Die Perkussion im ersten Stadium der Peritonitis ist nicht von großer Bedeutung, da noch zu wenig Eiter vorhanden, dagegen gibt die Palpation schon gute Anhaltspunkte. Von den Klysmen hält Vortr. wenig, da man gewöhnlich nicht über die Flexur hinauskomme. Über Atropininjektionen hat K. keine Erfahrungen.

4) Herr Amann: Primäres Melanosarkom des Ovariums (erscheint ausführlich im Archiv für Gynäkologie).

Das Präparat stammt von einer 59 Jahre alten Frau mit tiefschwarzen Haaren. Seit $^1/_2$ Jahre wurde ein rasch wachsender Tumor im Leibe konstatiert. Es handelt sich um einen kopfgroßen, blauschwarzen Tumor, der sich um ein kleines Ovarialdermoid entwickelt hat. Keine Verwachsungen. Im Uterus mehrere Myome.

5) Herr A. Mueller: Zur Kasuistik der Positio verticalis (Mittelscheitellagen).

(Der Vortrag ist in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erschienen.)

6) Herr Ludwig Seitz: Zur Opitz'schen Diagnose des Abortes aus den uterinen Drüsenveränderungen.

(Erschien ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

Vortr. hat 2 Fälle beobachtet, bei denen die typischen Opitz'schen Drüsenveränderungen vorhanden waren, bei denen sich jedoch ein Abort mit Sicherheit ausschließen ließ (Demonstration der Präparate). Er glaubt, daß unter bestimmten Umständen, so vielleicht unter dem Einflusse von Menstruationsschwellung oder starker ödematöser Durchtränkung des Gewebes, eine Endometritis glandul. hypertrophica ähnliche und gleiche Bilder wie die Opitz'schen hervorbringen kann. S. warnt davor, aus den Drüsenwucherungen allein die Diagnose auf Abort zu stellen.

Diskussion: Die Herren Mirabeau, Amann, Fränkel.

Sitzung vom 11. Juni 1902.

Vorsitzender: Herr Amann; Schriftführer: Herr Mueller.

1) Herr J. Jesionek als Gast: Die Hautkrankheiten bei Frauen.

Vortr. schildert in außerordentlich erschöpfender und eindringlicher Weise alle vorkommenden Formen von Hautkrankheiten bei Frauen mit Berücksichtigung der Ätiologie und einschlägigen Therapie. Durch ein kurzes Referat würde die gute Schilderung nur leiden und verweise ich die Interessenten auf das in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinende Original.

Neueste Literatur.

5) Deutsche Dissertationen.

1) Weinbrenner. Beitrag zur Kenntnis der Verletzungen der Extremitäten des Kindes unter der Geburt.

Die gewöhnliche Verletzung des Oberarmes besteht in der Trennung der oberen Humerusepiphyse (die der unteren ist bisher nur in einigen Fällen beobachtet)

und in der Fraktur der Diaphyse. Luxationen sind sicher sehr selten, weil die Verhältnisse, welche beim Erwachsenen eine Luxation herbeiführen, infolge der relativ stärkeren Kapsel eine Epiphysentrennung verursachen. Nach den Versuchen Küstner's ist eine besondere Disposition zur Epiphysentrennung dann gegeben, wenn man gezwungen ist, den Arm über dem Rücken des Kindes zu lösen. Die verletzende Gewalt ist dabei in dem Zuge der Bänder und in dem Muskelzuge zu suchen.

Bei der gewöhnlichen Art der Armlösung über das Gesicht bildet der Finger selbst die direkt frakturierende Ursache, und zwar stellt der Arm einen auf beiden Seiten zu stark belasteten Hebel dar, der an der Unterstützungsstelle bricht. Es genügt bei festgestellter unterer Epiphyse nach Küstner's Versuchen ein nicht allzustarker Druck des Fingers in der Nähe der oberen Epiphyse um die Trennung der Diaphyse herbeizuführen.

Verf. teilt aus der Erlanger Frauenklinik zwei Fälle mit, in denen eine Diaphysenfraktur unter ungewöhnlichen Verhältnissen erfolgte.

a. Wendung bei Schädellage. Während derselben fällt ein Arm vor und wird beim Herabziehen des Steißes in das Becken mit hörbarem Knalle frakturiert.

b. I. Querlage mit Armvorfall. Wendung 2 Tage nach dem Blasensprunge. An der Außenseite dieses Armes eine quer verlaufende, starke, tief einschneidende Furche, entsprechend einer gleichseitigen Fraktur des Humerus.

Im ersten Falle Einwirkung der Kraft bei auf der Spina ischii festgestelltem Ende des Humerus auf die Mitte der Diaphyse oder Krafteinwirkung an der Frakturstelle, im zweiten Falle erfolgte der Bruch des Armes über der Linea innominata infolge ungenügenden Zurückdrängens der Schulter, »wie man einen Stock über dem Knie abbricht«.

2) Bartz. Über die einzelnen Nahtmethoden zum Schlusse der Bauchwunde nach Laparotomie.

Aufzählung der verschiedenen Nahtmethoden. Das Material der Erlanger Frauenklinik von 1887—1897 ergibt folgendes Resultat: bei durchgreifenden Seidenknopfnähten 78,8% primärer Heilung, bei durchgreifender Katgutnaht 77,7%, bei Katgut-Seide-Etagennaht 71,4%, bei Silberdrahtnaht 81,6%. Trotz des guten primären Erfolges kann Verf. der letzteren Nahtmethode doch nicht den ersten Platz einräumen, da ernstliche Störungen durch die versenkten Silbernähte hervorgerufen werden können.

3) Witschel. Über Ausfallserscheinungen nach Entfernung der weiblichen Sexualorgane.

Verf. hat 138 Fälle der Straßburger Klinik zu seinen Untersuchungen benutzen können. Ein markanter Unterschied in der Häufigkeit der Ausfallserscheinungen ist in den Fällen, wo die Ovarien bei Entfernung des Uterus mit entfernt wurden gegenüber denen, wo sie erhalten wurden, nicht zu konstatieren 84% : 74%. Psychosen wurden nicht beobachtet. In 4 Fällen bestand Nasenbluten zum Termin der früheren Periode, Molimina menstr. sind seltener, wenn man die Ovarien entfernt. Libido sexualis blieb bei beiden Methoden in über der Hälfte der Fälle der Frauen erhalten, Gedächtnisschwäche bei beiden Arten in ziemlich gleicher Anzahl konstatiert.

4) Haupt. Drei Fälle von Echinokokkusgeschwulst im weiblichen Becken.

a. Myom und verkalkter Echinokokkus des unteren rechten Bauchabschnittes, welches teils mit den rechten Adnexen, teils mit den benachbarten Dünndärmen, dem Coecum und Colon ascendens im Bereich seiner ganzen unteren Hälfte verbunden ist. Pat. stirbt im Anschluß an die Operation an der gleichzeitig bestehenden chronischen Nephritis.

b. Echinokokkussack im vorderen Douglas zwischen Uterus und Blase (nach Freund ist für Echinokokkus pathognomonisch Sitz zwischen Cervix und Laquear vaginae posterius einerseits und Rektum andererseits). Der Fall ist ferner dadurch interessant, daß hier der Echinokokkus das Beckenperitoneum durchbohrt hat und

frei in die Bauchhöhle ragte, während Freund betont, daß in allen sezierten Fällen das Beckenperitoneum verdickt, nie durchbohrt gefunden wurde. Fieberhafte Rekonvaleszenz.

c. Echinokokkuscyste des rechten Parametriums und zweier der Leber. Laparotomie. Heilung.

In allen Fällen war Echinokokkus nicht diagnostiziert.

5) Alter. Zur Pathologie und Therapie der Querlage. (Beobachtungen in der Poliklinik zu Breslau 1894—1900 Juli.)

350 Fälle unter 4229 Fällen poliklinischer Meldungen, also in 8,4% gegenüber 7,4% der Münchener Poliklinik (Stumpf 1892) die auffallende Beobachtung, daß II- und IIIparae in 56,5% und IV- und Vparae nur in 43,5% mit Querlagen vertreten waren, gegenüber 43,9%, resp. 56,1% in München, erklärt sich aus dem häufigen Vorkommen von engen Becken geringeren Grades in Breslau. Mortalität der Kinder beträgt 25,5%, in München 38,5%.

Gesamtmorbidität	8,8%	—	11,5%	München,
Puerperalinfektionen	2,7%	—	8,7%	»
Gesamtmortalität	1,8%	—	2,9%	»
Mortalität durch Sepsis	0,60%	—	0,96%	»

Die günstigen Prozentsätze sind hauptsächlich auf Anwendung der Hystereuryse zurückzuführen.

6) Gassmann. Indikation und Prognose der Zange an der Hand der Erfahrungen in der geburtshilflichen Poliklinik der königlichen Frauenklinik zu Breslau.

Bei streng indizierter Anwendung der Zange Morbidität der Mütter von 11,67% und Mortalität von 0,88%; Mortalität der Kinder von 7,98%. Der Vergleich mit anderen Statistiken (Dorpat, München, Straßburg etc.) spricht für strenge Indikationsstellung im Interesse der Mutter und des Kindes.

7) Markwitz. Über die Geburt mißgestalteter Früchte.

a. Thoracopagus weiblichen Geschlechts. Kopf im Beckenausgang. Zange. Zweiter Kopf in der Kreuzbeinaushöhlung. Perforation des schon geborenen Kopfes und Extraktion des zweiten mit der Zange. Gemeinschaftliche Leber und doppelt angelegtes, aber nur unvollkommen doppelt ausgebildetes Herz.

b. Ischiopagus. Entwicklung des im Becken stehenden Kopfes mit der Zange; zweiter Kopf, gegen die Symphyse angestemmt, wird durch Eingehen per anum geboren. Anscheinend männliches Geschlecht.

Bei jedem Geburtshindernis ist genaue Untersuchung durch Eingehen mit der ganzen Hand nötig. Bei Verwachsung oder Kollision von Zwillingen Wendung auf die Füße mit Herableitung sämtlicher Füße; bei sicher diagnostizierter Doppelmißgeburt und nicht mehr reponierbarem Kopf Kephalotrypsie.

8) Hoffmann. Die geburtshilfliche Bedeutung der fötalen Hydrokephalie. Klinische und poliklinische Beobachtungen von Oktober 1893 bis Oktober 1901.

Unter 12 Fällen 9 Schädellagen, 2 Unterendlagen, 1 Schräglage. Charakteristisch ist das Vorspringen der Stirn und der Disproportion zwischen Schädel und Gesicht. Die Wehen häufig schwach, bisweilen aber sehr stürmisch, zum Tetanus uteri führend. Gefahr der Uterusruptur. Therapeutisch kommt in Betracht Punktion des Schädels, nach derselben ist die weitere Geburt den Naturkräften zu überlassen, Wendung zu unterlassen; bei Beckenendlagen ebenfalls Punktion event. Perforation.

9) Magenau. Ein Fall von Geburtserschwerung durch kongenitale Hydronephrose nebst einer Zusammenstellung ähnlicher Fälle aus der Literatur.

Abnorm lange Schwangerschaft. Zange bei tiefem Querstande des Kopfes. Kind, männlichen Geschlechts, stirbt bald nachher. Im Abdomen zwei große cystische Tumoren, die, seitlich gelagert, nach unten zur ebenfalls vergrößerten Blase ziehen. Dieselben ergeben sich als die enorm ausgedehnten Ureteren. Diesen

sitzen, kappenförmig ausgebreitet, die Nieren auf, die fötale Lappung zeigen. Blase mit der vorderen Bauchwand verwachsen, nach oben bis zum Nabel reichend. Den Blaseninhalt bildet eine helle, klare, gelbliche Flüssigkeit. Die Blasenwand, besonders die hintere, stark hypertrophisch. Die Uretermündungen für die Sonde bequem durchgängig. Bei Druck auf die Ureteren entleert sich aus den Mündungen eine Flüssigkeit von gleicher Eigenschaft wie die in der Blase vorgefundene. Urethra durchgängig, an einer Stelle etwas stenosiert. Inhalt der Blase chemisch nicht untersucht. »Die Nieren sind für die Fruchtwasserbildung von hoher Bedeutung.«

10) Uebelmesser. Über 12 Fälle von Kephalokranioklasie nach Zweifel.

Die Erfahrungen, welche mit dem Zweifel'schen Instrumente an der Tübinger Frauenklinik gemacht wurden, sind sehr gut; in 12 Fällen hat dasselbe nur 1mal versagt (Abgleitung) und auch nur deshalb, weil es nicht bis zur Schädelbasis eingeführt war.

11) Hirt. Zur Kenntnis der Zwillingsschwangerschaft.

Der Einfluß der Heredität und die hervorragende Konzeptionsfähigkeit der Zwillingsmütter wird auch durch die 39 Fälle des Verf. bestätigt. Nur 10 Fälle erreichten das normale Ende der Schwangerschaft. Unter 37 Zwillingsgeburten 6mal Eiweiß vorhanden. Bei der Geburt ist exspektativ zu verfahren, Eingriffe nur bei bestehender Indikation von Seiten des Kindes oder der Mutter (Blutung). Mitteilung eines Falles, in dem zwischen der Geburt der beiden Früchte eine Pause von 14 Tagen lag. 7mal waren die Zwillinge eineiig, 31mal zweieiig. Knabenpaare sind häufiger als die Mädchenpaare, Gleichgeschlechtlichkeit findet sich sehr häufig auch dann, wenn sich die Kinder aus zwei Follikeln entwickelt haben, eineiige haben stets das gleiche Geschlecht.

12) Prang. Über alte Erstgebärende.

Eine statistische Arbeit, die nur Bekanntes enthält.

13) Gossrau. Beobachtungen über die Dauer der Schwangerschaft.

Der von v. Winckel aufgestellte Satz, daß Kinder, die bei ihrer Geburt 4000 g und darüber wogen und eine Länge von mindestens 52 cm aufwiesen, durchschnittlich länger getragen würden, als dies für alle anderen Kinder festgestellt worden sei, wird vom Verf. an der Hand von 285 Fällen unter 8408 Geburten bestätigt, der Prozentsatz fast wie bei v. Winckel (3,3%) 3,38%; unter 197 Knaben 88 Mädchen. 80% der Frauen waren Mehr- resp. Vielgebärende von über Durchschnittsgröße mit entsprechenden weitem Becken; 14mal waren es Frauen, die schon mehrere Male 4000 g schwere Kinder geboren hatten; ein Kind hatte 5100 g und 55 cm Länge.

Nach dem ersten Tage der Menstruation berechnet, betrug die Schwangerschaft 303—349 Tage resp. 300—302 Tage, vom Tage der Kohabitation an berechnet 301—311 Tage. »Die Schwangerschaft kann also über 302 Tage dauern.«

14) Michaëlis. Ein Beitrag zur Geschichte des für die Extraktion des nachfolgenden Kopfes heute üblichen Handgriffes. Nebst einer Übersicht über die Geschichte der Wendung auf die Füße.

Die fleißige Arbeit, welche auf Veranlassung von G. Klein abgefaßt wurde, dessen reichhaltige Bibliothek vielfach die Quelle für die Studien war, ist sehr lesenswert. Der Verf. weist darin überzeugend nach, daß man, wenn man überhaupt auf die alten Autoren zurückgeht, den bei der Extraktion des nachfolgenden Kopfes heute geübten, nach G. Klein's Vorschlag am besten »Mund-Nackengriff« zu bezeichnenden Handgriff als »Guillemeau's« oder als »Guillemeau-Mauriceau's« Handgriff bezeichnen muß (Jacques Guillemeau war ein Schüler von Ambroise Paré). Die Namen Smellie, Levret, Lachapelle etc. haben mit dem Handgriff nichts zu tun.

Die Einführung der »Wendung auf die Füße« verdanken wir Paré; er hat dieser allerdings schon von Celsus geübten und von Soranus ausführlicher be-

schriebenen Operation, die dann vollkommen der Vergessenheit anheimgefallen war, nach 1000 Jahren wieder neues Leben gegeben.

15) Wieland. Zur Kenntnis der Dauerresultate der Alexanderschen Operation.

Die Resultate der Greifswalder Klinik sind nicht befriedigende. Völlige Heilung trat unter 32 Fällen nur 5mal ein, die übrigen Pat. klagten alle mehr oder weniger über Störungen beim Stuhlgang, Urinieren und über Menstruationsbeschwerden, ferner über Schmerzen in den Narben. In einem Falle stellte sich eine Leistenhernie ein. Unter 23 Graviditäten erfolgten 11 normale Geburten, eine Geburt war schwer, in 7 Fällen abortierten die Frauen. 6mal rissen die Ligg. rot. beim Anspannen ein, in einem Falle waren sie so kümmerlich entwickelt, daß sie nur mühsam aufzufinden waren.

16) Bürkle. Venöse Stauung als Ursache von Haematocele retrouterina.

Häufiger als man bisher vermutete, verdankt die Haematocele retro-uterina ihren Ursprung einer Hyperaemia mechanica universalis. Diese, in der neueren Zeit von Sauter (Chiari's Institut in Prag) auf Grund von 14 Autopsien gestützte Annahme findet einen neuen Beleg durch einen von A. Freund in Straßburg beobachteten Fall. Eine Frau, die nie Unterleibsbeschwerden gehabt hatte, erkrankte 3 Wochen nach der letzten Menstruation an schwerer Pleuropneumonie. Es kommt zu einer hochgradigen Cyanose und Atemnot, Fieber stets hoch, zu dem stets zunehmenden Meteorismus gesellen sich Schmerzen im Unterleibe, galliges Erbrechen, erschöpfende Diarrhöen, Drang auf die Blase, rascher Kräfteverfall; ein Tumor an für Hämatokele typischer Stelle wird fühlbar. Puls beschleunigt, aber nicht klein. Bei Inzision Entleerung von über 1 Liter schokoladefarbenen Blutes. Es finden sich dünne perimetritische und perioophoritische Pseudomembranen, Uterus, Tuben und Ovarien ergeben keine Verdachtsgründe für Schwangerschaft. Fötale Reste (Zotten etc.) vermag auch die mikroskopische Untersuchung nicht nachzuweisen; ebenso wenig lassen sich durch bakteriologische Untersuchung Anhaltspunkte für die Annahme einer Infektion, speziell mit Pneumokokken oder Tuberkelbazillen, finden. Die Blutung ist daher als »kompensatorisch«, als eine Art von »natürlichem Aderlaß« aufzufassen.

17) Urban. Ein Fall von Adenoma malignum uteri bei einem 21jährigen Mädchen.

Zwei Tafeln zeigen das makroskopische und mikroskopische Bild dieses, was das Alter betrifft, interessanten Falles. »Adenom des Uterus bezeichnet stets eine mehr oder weniger maligne Erkrankung. Ein Adenoma benignum gibt es überhaupt nicht; was man bisher als solches bezeichnete, das sind entweder die polypösen Wucherungen der Schleimhaut oder eine einfache Endometritis glandularis hyperplastica.«

18) Odefey. Kasuistische Beiträge zur Lehre von den Fremdkörpern des Uterus.

Im ersten Falle blieb der Knopf einer zum Zwecke der Abtreibung in den Uterus eingeführten Stricknadel in demselben zurück. Entfernung mit der Curette.

Im zweiten Falle war eine in masturbatorischer Absicht in die Scheide eingeführte Haarnadel verschwunden. Im Anschluß daran häufige Schmerzen im Unterleibe. Entfernung nach 2 Jahren.

19) Scharff. Beiträge zur Frage der Ernährung des Neugeborenen in den ersten Lebenstagen.

Eine Beobachtung von 46 Kindern, die 3mal täglich gewogen wurden, führte zu folgendem Resultate: Legt man das Neugeborene in den ersten Tagen nach der Geburt an, so sind in den meisten Fällen die Kinder überhaupt nicht dazu zu bringen, zu saugen, oder sie versuchen selbst längere Zeit ohne jeden Erfolg zu trinken. Im Verlauf des ersten Tages erhalten die Kinder fast gar nichts, am zweiten Tage nur wenig Nahrung. Im Durchschnitt kam beim ersten Anlegen auf ein Kind 0,9 g.

Mit Erfolg saugen die Kinder erst mit oder nach dem Einschießen der Milch am zweiten oder dritten Tage.

Mit dem Einschießen der Milch ist daher der Zeitpunkt für das erste Anlegen des Kindes gegeben. Das Kolostrum hat keine abführende Kraft. Bei Kindern, die erst am 3. Tage angelegt wurden, zeigte sich durchschnittlich eher der Stuhl gelb als bei den Kindern, die schon bald nach der Geburt an der Mutterbrust tranken.

20) Gundling. Über Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen und die Ursachen der Gewichtsabnahme.

Die Kinder von Mehrgebärenden verhalten sich in jeder Beziehung günstiger als die Kinder von Erstgebärenden. Die Knaben haben ein durchschnittlich größeres Anfangsgewicht als die Mädchen. Der Gewichtsverlust ist bei den Mädchen weniger groß als bei den Knaben, sowohl bei Erst- als auch bei Mehrgebärenden. Die Hauptursache der Gewichtsabnahme ist der Abgang des Mekonium

Jahreiss (Augsburg).

21) Eduard Pfister. Ein Fall von primärem Cervixmyom.

49jährige Multipara, worunter 2 schwere Zangengeburten, kommt zuerst im Jahre 1898 wegen Blutungen in ärztliche Behandlung. Die Untersuchung ergibt einen kindskopfgroßen Tumor im Douglas. Portio und Scheidengewölbe nicht auffindbar. Behandlung mit Liq. ferr. sesquichl. Stillstand der Blutung. $2^3/_4$ Jahre später Prolapsus ani, mit Blutungen aus den Genitalien und fötidem Ausfluß. Schwerste Obstipation. Einläufe. Entleerung. 3 Tage später abermals Vorfall des Mastdarmes. Erbrechen. 5 Tage später Exitus. Die Sektion ergab eitrige fibrinöse Peritonitis, Adipositas cordis, Aspirationspneumonie, Hydronephrose, Fettleber, Adipositas universalis, Myom der Cervix, multiple Myome des Corpus uteri.

Der schon vor $2^3/_4$ Jahren getastete Tumor stellte sich als ein intraligamentäres Myom heraus, das auf die Cervix beschränkt war, weshalb Verf. die Cervix als den Ausgangspunkt annahm, er läßt jedoch auch die Möglichkeit zu, daß das Myom weiter oben entstanden und erst allmählich nach abwärts getreten ist. Die Arbeit stammt aus dem pathologischen Institut in München; wo die Pat. vorher in Behandlung stand, ist aus der Arbeit nicht zu ersehen.

22) Adolf Przegendza. Beitrag zur Lehre von den Doppelmißbildungen. (Dicephalus tripus mit Sakralcyste.)

Verf. schildert sehr eingehend eine Doppelmißbildung, an der sich die beiden Föten erst im kleinen Becken vereinen. Eine genaue Schilderung der einzelnen Organe wäre zu weitgehend und verweise ich Interessenten auf das Original. Als Unikum bezeichnet Verf., daß bei der Mißbildung noch eine faustgroße Sakralcyste vorhanden war.

23) Rudolf Brugger. Über die Sterblichkeit und Ernährungsverhältnisse der Kinder im ersten Lebensjahre in München.

Verf. hat das Verdienst, wieder einmal darauf hinzuweisen, wie groß die Sterblichkeit der Kinder in München infolge der ungenügenden und fehlerhaften Ernährung der Neugeborenen ist. Er gibt auch Mittel und Wege an, dem Übel zu steuern. Große Statistiken, sorgfältig ausgeführt, sowie klare Sterblichkeitskurven sind der hübschen Arbeit beigelegt.

24) Ludwig Welsmann. Ein Fall von primärer Tuberkulose des Uterus mit Ausgang in akute Miliartuberkulose und perniciöse Anämie.

30jährige Frau, vor 4 Wochen eine Frühgeburt, bei der sie etwa 2 Liter Blut verloren hat. 6 Kinder leben. Frühere Krankheiten nicht vorhanden, seit einigen Jahren Husten. Wegen ihres Hustens kommt sie in die II. medizinische Abteilung des Krankenhauses l. I. Die Diagnose lautet: akute Miliartuberkulose, perniciöse Anämie, der Pat. auch nach 3 Wochen erlag. Die Sektion ergab, daß die Miliartuberkulose ihren Ausgang genommen hat von den tuberkulös erkrankten

Schleimhäuten des Uterus und der Tuben. Zahlreiche Thromben in den Uterinvenen, der rechten Vena hypogastrica, der linken Vena femoralis und iliaca.

25) Walther Goebel. Über Kotgeschwülste.

Am 15. Dezember 1900 wird ein 9jähriger Kretin in die Universitäts-Kinderklinik mit der Diagnose Tumor in abdomine aufgenommen. Das Kind war schon bei der Geburt durch großen Kopf aufgefallen, es verhielt sich sehr ruhig, der Kopf nahm im Verhältnis zum übrigen Körper bedeutend zu. Vom 3. Jahre ab Stuhlbeschwerden, vom 6. Jahre ab bemerkten die Eltern eine walnußgroße Geschwulst im Leibe, die allmählich größer wurde. Kopf bedeutend vergrößert, Schilddrüse fehlt anscheinend. In der linken Regio hypogastrica ein großer, höckeriger und derber Tumor. Bei der Operation am 17. Dezember findet man, daß der Tumor als ein dem Querkolon angehöriges, ad maximum erweitertes Darmstück sich präsentiert. Eröffnung des Darmes. Orangegroßer, harter Kotballen. Am 7. Januar 1901 hat sich der Tumor lateral von der Schnittlinie abermals gebildet, jedoch tiefer wie zuerst. 15. Januar 1901 Tumor verschwunden. Am 20. März 1901 stirbt der Pat. an Lobulärpneumonie. Bei der Sektion findet man den unteren Teil des S romanum auf Armdicke erweitert. Dasselbe bildet eine wurstförmige Masse von mindestens 500 g Gewicht und fühlt sich sehr derb an. Der Darm ist etwas durchgängig. Der erweiterte Darm mit eingedicktem Kot gefüllt.

26) Franz Zorn. Ein Fall von Meningomyelocele lumbo-sacralis.

$^{1}/_{2}$jähriger Knabe, der schon bei seiner Geburt eine hühnereigroße Geschwulst auf der Grenze der Lumbal- und Sakral-Dornfortsätze zeigte; dieselbe läßt bei Betastung Fluktuation erkennen; bei starker Kompression der Neubildung wölbt sich die große Fontanelle vor, außerdem besteht linksseitiger Klumpfuß. Das Kind stirbt an Lungenentzündung. Die Präparation der Geschwulst ergibt, daß es sich um eine Meningomyelokele handelt, da das Rückenmark in den Sack ausmündet. Eine sehr hübsche Zeichnung illustriert den interessanten Befund.

27) Eugen Kress. Über Organgewicht bei Kindern.

Verf. hat, um das mittlere Gewicht der kindlichen Organe festzustellen, über die einzelnen derselben im pathologischen Institut Tabellen an einer großen Reihe von Kinderleichen aus den verschiedensten Altern gesammelt. Für ein kurzes Referat eignet sich diese fleißige Arbeit nicht und verweise ich Interessenten auf die Originalarbeit.

28) Friedrich Wilhelm Brünn. Zur Kenntnis der angeborenen Sakraltumoren.

1 Jahr 6 Monate altes Kind, das bei seiner Einlieferung in die Kinderklinik eine faustgroße, halbkugelige, weiche Geschwulst an der Übergangsstelle vom Kreuz zum Steißbeine zeigt. Haut in den oberen Partien blau verfärbt, oben nicht verdickt, abhebbar; unten verdickt, schwerer abhebbar. Konsistenz schlaff, aber mit einzelnen härteren Partien. Die Geschwulst ist verschieblich auf der Unterfläche. Gegen den oberen Teil des Kreuzbeines gehen einige härtere Stränge. Die Geschwulst ist in die Tiefe, seitlich und nach unten vom Steißbeine zu verfolgen. Die Neubildung besteht seit der Geburt, war damals ca. hühnereigroß und ist ständig gewachsen. Bei der Operation zeigt sich, daß das Neoplasma schon tief ins Becken hineinragt, weshalb eine vollständige Resektion unmöglich ist. Abtragung der Hauptmasse, Vernähung der Wundfläche, in der Mitte Drainage. Entlassung nach 14 Tagen mit granulierender Wundfläche. 2 Monate später: Reaktionslose Narbe, keine Beschwerden.

Makroskopisch ist der Tumor derb, von rötlicher Farbe. Die Schnittfläche von spärlichen, weißlichen Faserzügen durchzogen. Mikroskopisch: Fibrosarkom.

29) Alfred Döstert. Über zwei Fälle von vereitertem Ovarialkarzinom mit Perforation in den Darm.

Beide Fälle kamen im Krankenhaus r. d. I. zur Beobachtung.

a. 47 Jahre alte Pat., wegen Schwäche und unregelmäßigen Blutungen aufgenommen. Abdomen aufgetrieben, Ascites, aus dem kleinen Becken ragt ein

etwa kindskopfgroßer, derber Tumor. Portio ohne Veränderung, Muttermund geschlossen, Corpus uteri stark vergrößert, Parametrien frei, Ovarien nicht zu fühlen. Der Tumor scheint mit dem Uterus in Verbindung zu stehen. Bei der Laparotomie findet sich ein kindskopfgroßer Tumor, dessen Ausgangspunkt nicht deutlich nachweisbar ist und der wahrscheinlich, vom Uterus ausgehend, nach allen Seiten hin mit dem angrenzenden Gewebe verwachsen ist. Das S romanum ist vollständig über den Tumor gelagert und breit mit ihm verwachsen. Die Exstirpation wird nicht vorgenommen, das Abdomen wieder geschlossen, 3 Wochen später Exitus letalis. Die Sektion ergab, daß es sich um ein verjauchtes und vereitertes Ovarialkarzinom, übergehend auf die Uteruswand und Flexura sigmoidea mit geschwürigem Durchbruch in letztere handelte. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die makroskopische Diagnose.

b. 49jährige Pat. Seit 4 Wochen sehr heftige Kreuzschmerzen. Menopause seit einem Jahre. Aus dem kleinen Becken ragt ein höckriger, nicht verschieblicher Tumor bis zum Nabel empor. Per vaginam: Virgo, Uterus nicht abgrenzbar. Das ganze Becken ausgefüllt von einem derben, nicht verschieblichen Tumor. Per rectum: Befund wie per vaginam, nur etwa 3 cm oberhalb des Anus hühnereigroßer Knollen, der stark ins Rektum vorspringt und das Lumen verengt. Diagnose: Maligner Ovarialtumor. Bei der Operation fand sich das rechte Ovarium in eine glattwandige Cyste verwandelt. Verwachsung mit dem Netz. Beim Ablösen desselben Einreißen der Cystenwand, Entleerung von serös-sanguinolenter Flüssigkeit und Tumormassen. Hervorholen des Tumors gelingt nicht wegen Verwachsung nach hinten. Ausräumen der Höhle mit der Hand, Tamponade. Das linke Ovarium: faustgroßer, derber, aus einzelnen Höckern bestehender Tumor. Abtragung. 2 Tage nach der Operation Exitus. Bei der Sektion fand sich eitrige Peritonitis im Anschluß an partielle Abtragung eines im Peritoneum des kleinen Beckens diffus eingewucherten, in die abdominalen Lymphdrüsen metastasierenden beider-Ovarialkarzinoms; ausgehend von geschwürigem Durchbruch eines Tumorknotens in die Flexura sigmoidea. Mikroskopisch wird auch hier die makroskopische Diagnose erhärtet.

30) Wilhelm Engelmann. Beitrag zur Kenntnis der Bauchfellentzündung, besonders der tuberkulösen Form.

Nach sehr guten Ausführungen über die verschiedenen Formen der Peritonitis und vor allem der Schwierigkeit der Diagnose bei tuberkulöser Peritonitis schildert Verf. folgenden Fall aus der chirurgischen Klinik.

19jährige Pat. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren bemerkt sie eine Geschwulst in der Umgebung des Nabels, die sehr langsam gewachsen ist. Öfters Erbrechen, jedoch ohne Blutbeimengung. Menses zuerst mit 17 Jahren regelmäßig, sistierten seit $1\frac{1}{2}$ Jahren; kein Husten, kein Auswurf. In der Regio umbilicalis eine etwa kindskopfgroße, höckrige Geschwulst von derber Konsistenz. Leib diffus aufgetrieben, Bauchdecken gespannt. Es wird der Verdacht auf Darmsarkom geäußert und eine Probelaparotomie gemacht. Darmschlingen stark gebläht, deren Serosa an vielen Stellen abgehoben und mit hellem Sekret gefüllt. Hinter diesen Darmschlingen kommt ein großer höckriger Tumor zum Vorschein, der wenig mit den Darmschlingen verwachsen ist; bei näherer Besichtigung zeigen sich eine Unmasse von Mesenterialdrüsen, glasighell, geschwollen. Auf der Darmwand selbst gleichfalls höckrige Prominenzen. Schluß der Bauchhöhle. 4 Tage später Exitus. Die Sektion ergab chronische, käsige Tuberkulose der intraperitonealen Lymphdrüsen, tuberkulöse Peritonitis, subakute Tuberkulose der linken Lungenspitze und der Uterusmukosa.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

Harnorgane.

6) H. N. Vineberg. Primäres Karzinom der weiblichen Harnröhre.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. Juli.)

Primäres Karzinom der Harnröhre ist selten, häufig dagegen wird diese bei primärem Krebs der Scheide und Vulva mit ergriffen. V. nimmt die Einteilung Ehrendorfer's an, welcher unterscheidet zwischen dem urethralen Krebs, der in der Harnröhrenschleimhaut beginnt, und dem vulvo-urethralen, welcher zuerst in dem periurethralen Gewebe autritt und erst später die Schleimhaut ergreift. Letztere Form ist die häufigere, sie pflegt sich zuerst als ein hartes Knötchen im submukösen Gewebe geltend zu machen, während die urethrale Form in dem Drüsengewebe sich entwickelt. Hierzu rechnet V. einen selbst beobachteten Fall, sowie 2 der von ihm gesammelten neuen 8 Fälle gehören unter die letztere Reihe, die übrigen 5 in die Reihe der vulvo-urethralen, wohl besser der peri-urethralen Krebse. Es werden genauere Krankengeschichten dieser 8 Fälle gegeben und 2 Abbildungen mikroskopischer Schnitte aus dem eigenen Falle. Dieselben zeigen das gewöhnliche Bild des Epithelioms.

V. hat in seinem Falle Inkontinenz der Operation folgen sehen. Er hatte nicht den Mut, dem Rate Gersuny's folgend, einen Ring von Paraffin um die Harnröhre herzustellen, nachdem Pfannenstiel sein Erlebnis mit offenbar durch Paraffinembolie in den Lungen bewirkten gefahrdrohenden Erscheinungen veröffentlicht hat. Auch das Vorgehen nach Fritsch, Schluß der Scheide und Herstellung einer Scheiden-Mastdarmfistel schien ihm wegen der Möglichkeit der Infektion vom Mastdarm aus zu gewagt. Trotz mehrfacher Versuche erreichte V. nicht die Schlußfähigkeit des Sphinkter, was er hauptsächlich der bestehenden Fixation des Uterus in Retroversion zuschreibt. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

7) Balacescu (Bukarest). Die Behandlung der Vesico-Vaginalfisteln.

(Revista de chirurgie 1902. Nr. 6. [Rumänisch.])

Die von B. geübte Operationsmethode besteht darin, daß die Vaginalwand von der Blase um die Fistel herum auf $1^1/_2$—2 cm weit abpräpariert und so, durch zwei seitliche Einschnitte, ein vorderer und ein hinterer Vaginallappen hergestellt wird. Die blutige Blasenwand wird durch versenkte Nähte aneinander gelegt, wodurch die vesikalen Fistelränder gegen das Blaseninnere gestülpt werden. Ebenso werden auch die Vaginallappen genäht und dabei die vaginale Fistelöffnung gegen die Scheide hin gestülpt. Auf diese Weise wird eine feste Vereinigung erzielt und die Heilung geht glatt von statten. **E. Toff** (Braila).

8) M. P. Kriwoschein. Zur Frage über Acetonurie bei Frauenkrankheiten.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 31.)

Verf. hat im Laboratorium der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Prof. Grusdew in Kasan den Urin bei verschiedenen Krankheiten des weiblichen Geschlechtsapparates auf Aceton untersucht. Es wurden 60 Fälle untersucht: 2 Kranke mit Ovarialcysten, 20 mit Fibromyomen, 9 mit Entzündungen des Uterus und der Adnexa, 8 mit Uteruskarzinom, 2 mit Uterussarkom, 2 mit Sarkom des Peritoneums, 2 mit tuberkulöser Peritonitis, 1 mit Cystosarkom des Netzes, 1 mit Endotheliom des Ovariums, 1 mit Hydronephrose, 1 mit Cancer peritonei und 1 mit Blasenmole. In allen Fällen wurde der Urin auf Aceton mit der Lieben'schen Jodoformprobe untersucht. Es wurde Aceton in folgenden 28 Fällen nachgewiesen: 19mal bei Fibromyomen, 2 bei Uteruscarcinom, 2 bei Uterussarkom, 2 bei Sarkom des Peritoneums, 1mal bei Cystosarkom des Netzes, 1mal bei Endotheliom des Ovariums und 1mal bei Karsinom des Peritoneums.

Auf Grund dieser Beobachtungen zieht Verf. den Schluß, daß Uterusfibromyome im Organismus in betreff der Oxydationsprozesse scheinbar deutliche Ablenkung von der Norm hervorrufen, was durch häufiges Auftreten bei Anwesenheit von Uterusfibromyomen erklärt werden kann, wenn nur die fast von allen Forschern aufgenommene Meinung richtig ist, daß Aceton ein Zerfallsprodukt des Eiweißes ist, welches nicht genügend oxydiert wird. **M. Gerschun** (Kiew).

9) **Weisswange** (Dresden). Über die Heilungsvorgänge bei der operativen Behandlung der Bauchfell- und Nierentuberkulose.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 28.)

Verf. schildert mehrere zur Beobachtung gekommene Fälle, in denen durch die Operation auch anderweitige Tuberkulose des Körpers in wunderbarer Weise beeinflußt wurde. Den Heilungsvorgang hierbei könnte man vielleicht damit erklären, daß durch die Operation sowohl eine verstärkte Blutzufuhr resp. Blutstauung am Infektionsorte hervorgerufen, als auch eine vermehrte Ansammlung von Leukocyten bedingt wird. Es ergibt sich eine mehr oder weniger große Menge leukocytenreichen Serums, das sich den Tuberkelbazillen gegenüber baktericid verhält. Durch die Inzision werden nicht nur eine Menge Bazillen und ihre Stoffwechselprodukte entfernt, sondern es wird auch die bakterienfeindliche Qualität des Blutes sicherlich gesteigert dadurch, daß denselben mehr Leukocyten beigemengt werden. Zunächst wird dadurch am Infektionsorte eine Heilung hervorgerufen, dann aber wird auch das an bakterienfeindlichen Stoffen (Alexinen) reichere Blut dieselben an entfernter gelegene Infektionsherde bringen können, um auch hier heilend zu wirken.

Man wird demnach bei geringen Krankheitserscheinungen versuchen, durch Erzeugung vermehrten Blutzuflusses und roborierende Diät zum Ziele zu kommen. Entschließt man sich zu einem operativen Eingriffe, dann ist der Laparotomie vor der Punktion und der Kolpotomie entschieden der Vorzug zu geben, da durch die Punktion nicht genügende Reaktion hervorgerufen wird. Eine Kontraindikation für die Laparotomie dürfte bei der Erfolglosigkeit sonstigen therapeutischen Handelns nur sehr vorgeschrittene Kachexie, sehr vorgeschrittene Lungentuberkulose, ausgesprochene Darmtuberkulose bilden.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

10) **Batsch** (Großenhain). Beitrag zur Diagnose und Therapie der Wanderniere.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 25.)

Verf. schildert zwei interessante Fälle von Wanderniere, von denen in dem einen die rechte Niere einen Gallenblasentumor vortäuschte. Beide Fälle zeigen, daß es nicht immer durchführbar und nötig ist, die Niere an ihrer anatomisch richtigen Stelle zu fixieren, sondern daß es genügt, sie an irgend einer Stelle so zu fixieren, daß keinerlei Beschwerden durch den Druck derselben auf andere Organe hervorgerufen, und daß Zerrungen von Gefäßen und Nerven der Niere vermieden werden. Von Interesse dürfte noch sein, daß die Entfernung der Hälfte der Capsula propria nur ganz vorübergehenden störenden Einfluß auf die Nierenfunktion gehabt hat. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

11) **R. G. Mc Ferron** (Aberdeen). Suppressio urinae im Wochenbette.

(Journ. obst. gyn. brit. empire 1902. April.)

Verf. ist der Ansicht, daß teilweise oder vollständige Unterdrückung der Urinsekretion im Wochenbette nicht so selten ist, wie die sparsamen Berichte annehmen lassen. Er selbst hat in den letzten 3 Jahren 3 Fälle beobachtet; im ganzen konnte er 6 zusammenstellen, wovon 5 vollständig waren. Unter diesen wurde nur in dem einen die Erkrankung frühzeitig erkannt. In den anderen zeigten sich so wenig hervorstechende Symptome, daß die Ärzte erst zu spät den Ernst der Lage erkannten.

Er gibt die Krankengeschichte der Fälle, leider fand bei keinem Falle eine Sektion statt. Nur zwei der Fälle zeigten günstigen Ausgang.

Verf. sucht die Ursache der Erkrankung in dem Charakter der Geburt. In allen Fällen war dieselbe eine ungewöhnlich rasche. Er meint nun, daß bei sehr nervösen Frauen hierdurch, und zwar durch die außergewöhnliche Heftigkeit der Schmerzen ein Chok verursacht werde, der zu Anurie führe, bei gleichzeitiger Erkrankung der Nieren.

Was die Behandlung betrifft, so ist das Hauptgewicht zu legen auf Anregung der übrigen exkretorischen Organe des Körpers, und zwar möglichst frühzeitige.

Engelmann (Kreuznach).

12) **R. Boxall** (London). Partielle Anurie nach Geburt und Abort mit schlimmem Ausgange.

(Journ. obst. gyn. brit. empire 1902. Mai.)

B. teilt 2 Fälle mit, die er vor kurzem beobachtete. Er betont, daß hochgradige Veränderungen der Nieren bestehen können, ohne daß, vielleicht mit Ausnahme von Erbrechen, irgend welche schwere Erscheinungen den Ernst der Lage anzeigen.

Engelmann (Kreuznach).

13) **W. Simon** (Königsberg). Splenektomie beim primären Sarkom der Milz.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 2.)

Eine 38jährige Frau aus malariafreier Gegend hat seit ihrer letzten (4.) Schwangerschaft Schmerzen in der linken Bauchseite, die sich öfters wiederholten. Dabei tritt Abnahme des Ernährungszustandes und des Kräftegefühls nicht ein. — Unter der linken Hälfte des Brustkorbes fühlt man einen großen, gleichmäßig harten, soliden Tumor mit im wesentlichen glatter Oberfläche und einer deutlichen Inzisur etwas über Nabelhöhe; in der Hinterfläche sitzt ein derber, höckeriger, über walnußgroßer Zapfen. Leber, Beckenorgane, Urin und Blutbefund normal. Die Operation fördert einen mannskopfgroßen Tumor (Rundzellensarkom) zu Tage, der beinahe das ganze Milzgewebe substituiert hat. — Der Verlauf ist ein günstiger. Pat. erholte sich schnell und ist nach 4 Monaten noch gesund.

In der Literatur sind 2 Fälle von dauernder Heilung von Fritsch und Wagner niedergelegt. Auf Grund dieser Erfahrungen und seiner eigenen hält Verf. die Radikaloperation für angezeigt; so lange die Metastasierung die regionären Lymphdrüsen nicht überschritten hat.

Calmann (Hamburg).

14) **Hahn** (Wien). Über die Beziehungen zwischen Blasenerkrankungen und Myomen mit Rücksicht auf die Prognose derselben.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

Bei der Erwägung der Prognose der Myome und einer ihrethalben vorzunehmenden Operation ist vor allem auch darauf zu achten, ob das Myom keine Blasenstörungen verursacht; dieselben können mannigfachster und auch schwerer Natur sein. Sind solche durch Myome bedingt, dann wird man sich auch bei sonst fehlenden Symptomen der Myome, wie Blutung, Schmerzen, Dysmenorrhoebeschwerden etc., zur Operation entschließen müssen.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

Verschiedenes.

15) **J. Borelius.** Zwei Fälle von Nabelschnurbruch.

(Hygiea. F. II. Jahrg. 2. 1902. Sept. p. 290. [Schwedisch.])

1) Knabe, 2 Tage alt, 49,5 cm, 3460 g, ist schwach cyanotisch, saugt nicht. Klumpfuß, überzählige Finger. Apfelsinengroßer Nabelschnurbruch, in dessen Mitte

der Nabelstrang inserirt. Keine Einschnürung an der Grenze der Bruchbedeckungen und der Haut. — 5. März 1902 Radikaloperation, Exstirpation des Bruchsackes, Reposition der Därme. Vernähung des Sackes und der Haut mit Sutura nodosa. Einige Stunden nach der Operation Kollaps. Tod. — Sektion zeigt als Causa mortis Verblutung von kleinen nicht ligierten Gefäßen der Bauchwand.

2, Knabe, 1 Tag alt. Keine Mißbildungen außer dem Nabelschnurbruch. Dieser ist apfelgroß, seine Konsistens ist elastisch, gespannt, außer oben und nach rechts, wo sie fest ist; daselbst ist die Farbe dunkel blaurot. Links unten inseriert der Nabelstrang, dessen Gefäße radiierend in den Bruchbedeckungen zum Hautrande gehen. Am Hautrande ist der Bruch sanduhrförmig eingeschnürt. — 15. März 1902 Operation. Schnitt um den Bruch, welcher im unteren Teil von Därmen gefüllt ist; rechts oben liegt aber die ganze Leber oder wenigstens der größte Teil derselben im Bruchsack und ist mit demselben fest adhärent. Die Leber läßt sich nicht reponieren. Die Därme wurden mit Schwierigkeit zurückgeführt. Vernähung der Bauchwand über denselben. Die Leber mit deren Bruchsackbedeckung blieben außerhalb der Bauchhöhle. Exitus kurz nach der Operation.

Lönnberg (Karlshamn.)

16) Rissmann (Osnabrück) und Fritzsche (Landsberg a. W.). Über Säuglingsernährung.

(Archiv für Kinderheilkunde Bd. XXXIV.)

Die Verff. bekämpfen die Ansicht Schlesinger's, daß bei künstlicher Ernährung die von vornherein gereichte Vollmilch der beste Ersatz für die Muttermilch sei. Bei Versuchen, die sie genau nach Schlesinger's Angaben mit Vollmilch anstellten, hatten von 10 Kindern am 10. Tage nur 4 ihr Anfangsgewicht erreicht oder überschritten. Das Maximum der Zunahme betrug 200 g, das der Abnahme 440 g Am Ende der zweiten Woche zeigten von 7 anderen »Vollmilchkindern« 4 eine Zunahme, die um 20 bis 500 g das Anfangsgewicht überstieg, die 3 anderen hatten um 20 bis 120 g abgenommen. Ein am 16. Tage gewogenes Kind hatte 500 g verloren. Zwei Kinder nach Frühgeburt von 2000 resp. 2400 g zeigten bei Vollmilchnahrung mit die beste Zunahme und nur geringe, vorübergehende Störungen. Die rein theoretischen Erörterungen Schlesinger's besitzen nur problematischen Wert. Ebenso wie die Vollmilch durch zu reichliche N-Zufuhr, so stellt die stark verdünnte Kuhmilch durch den reichlichen Wasserzusatz zu große Anforderungen an den kindlichen Stoffwechsel. Die starken Milchverdünnungen bekämpft Schlesinger mit Recht. Die Verff. geben während der ersten Lebenstage Milch und Wasser zu gleichen Teilen, steigern dann aber den Milchzusatz successive ziemlich schnell, bis nach bereits $3^1/_2$ Monaten reine Vollmilch verabreicht wird. Vom 8. Monat ab wird als Zusatznahrung Griesbrei und Fleischbrühe, vom 10. Monat Spinat und Karotten empfohlen. Die Nahrung des 10. Monats wird dann bis weit ins zweite Lebensjahr weitergegeben. Die dabei erzielten Resultate, die aus den beigefügten Tabellen genauer zu ersehen sind waren recht gut. Die Zahl der Mahlzeiten beträgt 6 pro Tag; hört das Kind auf, zu trinken, so wird es nicht weiter genötigt. Das Neue der Methode liegt darin, daß eine konzentriertere Nahrung schon nach 4 Wochen und Vollmilch schon nach $3^1/_2$ Monaten gegeben wird. Eine sehr übersichtliche Tabelle enthält den Speisezettel für die ersten 10 Monate, die täglich zugeführte Gesamtnahrung, das Mischungsverhältnis von Wasser zu Milch und die Zahl der Mahlzeiten.

Stoeckel (Bonn).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.
Siebenundzwanzigster Jahrgang.
Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.
Nr. 8. Sonnabend, den 21. Februar. 1903.

Adolf Gessner †.

Ein unerwartet jäher Tod endete das Leben von Adolf Gessner, ord. Professor und Direktor der Frauenklinik zu Erlangen. Gessner war am 4. Februar 1864 in Friedberg in Hessen geboren. Im Jahre 1890 wurde er Frommel's Assistent an der Erlanger Frauenklinik. Von 1893—1897 war er Assistenzarzt an der Klinik Olshausen's. Darauf habilitierte er sich in Erlangen und wurde wieder Assistent und Repetitor daselbst. 1901 erhielt er die Stelle eines Direktors der Frauenklinik und ordentlichen Professors der Geburtshilfe in Erlangen.

Trotz der kurzen Zeit, die er der Wissenschaft lebte, hat Gessner doch manche anerkannte Arbeit geliefert. So schrieb er in Veit's Lehrbuch über Sarcoma uteri, ferner eine sehr klare und viel gelesene Arbeit über Antisepsis und Asepsis in der Geburtshilfe.

Nur wenige hatten Gelegenheit, mit Gessner persönlich zu verkehren. Aber diese alle rühmen ihn als bedeutenden Gelehrten, guten humanen Arzt, vortrefflichen, anregenden Lehrer, liebenswürdigen und braven Menschen. Alle Kollegen haben gewiß voll herzlicher Teilnahme von seinem tragischen Ende gehört. Wir werden, erschüttert von dem traurigen Schicksal, ihm freundliches Gedenken bewahren!

Von seinem scharfen, kritischen Verstande, von seinem ausdauernden Fleiße erwarteten wir noch manchen Fortschritt in unserer Wissenschaft. Leider hat uns der Tod diesen jungen tüchtigen und vielversprechenden Kollegen in einem Lebensalter geraubt, wo er eben berufen schien, mit jugendlicher Manneskraft in die wissenschaftliche Arena herabzusteigen! Friede seiner Asche!

Fritsch.

Inhalt.

I.

Für die Drainage.

Von

M. Hofmeier.

In einem sehr bemerkenswerten Artikel hat jüngst Olshausen in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVI seinen schon wiederholt ausgesprochenen Standpunkt in der Frage der Drainage nach der Laparotomie aufs neue durch seine Erfahrungen auf diesem Gebiete zu begründen versucht, und er kommt zu dem Resultat, daß er aus theoretischen und praktischen Gründen mit sehr wenig Ausnahmen die Drainage — in welcher Form es auch sei — verwirft. In der sich an den Vortrag in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft anschließenden Diskussion wurden zwar schon von verschiedenen Rednern bei meist grundsätzlicher Zustimmung zu dem Prinzip des Nichtdrainierens gewisse Einschränkungen gemacht. Ich möchte aber auch meinerseits in dieser praktisch so wichtigen Frage um so weniger verfehlen, meinen Standpunkt bestimmt zu formulieren, als beim Lesen des Aufsatzes von Olshausen man leicht den Eindruck bekommen könnte, als wäre ich ein Hauptverfechter der Drainage auch in Fällen, in denen die meisten Übrigen die Drainage als unnötig ansehen. Hierbei ist freilich ein sehr erheblicher Irrtum untergelaufen, wie Herr Olshausen so freundlich war mir brieflich zu bestätigen, indem Olshausen nach der aus der hiesigen Klinik stammenden Arbeit von Burckhard (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XLVI) anführt, daß wir in 31 von 180 fortlaufenden Laparotomien, also in 18% sämtlicher Fälle drainiert hätten. Es handelte sich aber nach der Darstellung von Burckhard nicht um 180 Laparotomien, sondern um einen Zeitraum von 1889—1901, also um 12 Jahre, mit »je etwa 70—80 Laparotomien«. Dies würde etwa 840 Operationen entsprechen. Diese schätzungsweise Zahl ist tatsächlich zu hoch, da in den ersten Jahren hier in Würzburg die Zahl der Laparotomien an der Klinik sehr niedrig war. Ich habe die Zahlen nochmals

sicher festgestellt: es handelt sich in dem genannten Zeitraum um genau 650 Laparotomien. Wir haben also nicht in 18, sondern in 4,7 % der Fälle zur Drainage gegriffen. In den beiden letzten Jahren sind dann weitere 216 Laparotomien dazugekommen, bei denen in 8 Fällen drainiert wurde, im ganzen also auf 866 Operationen 39mal = 4,5 %.

Man wird mich nach diesen Zahlen unmöglich als einen begeisterten Anhänger der Drainage nach der Laparotomie ansehen können. Im Gegenteil: ich pflichte Olshausen in den meisten Einwendungen gegen die Drainage durchaus bei und möchte überhaupt einigermaßen bezweifeln, ob von deutschen Gynäkologen noch viel in dem Sinne drainiert wird, gegen den sich Olshausen hauptsächlich wendet. Aber für gewisse Laparotomien halte ich die Drainage, wenn nicht für unentbehrlich, so doch für äußerst empfehlenswert bezüglich der Sicherheit des Erfolges. Ich möchte sie mit einem Sicherheitsventil vergleichen, das man einige Tage nach der Operation noch offen läßt, damit es keine unheilvollen Explosionen giebt.

Es wird natürlich immer sehr schwer sein, aus den Erfolgen oder gar aus statistischen Vergleichen Beweise für und wider herzuleiten. Aber es ist schon in der Diskussion zu dem Vortrag von Olshausen bemerkt worden, daß man die von ihm gegebenen Ziffern bei etwas anderer Beleuchtung ebenso gut für den Nutzen der Drainage verwenden könnte. Denn von den 85 von ihm mitgeteilten Fällen, in denen nach meiner Ansicht die Drainage hätte Nutzen bringen können (65 mit Eiteraustritt ins kleine Becken und 20 mit Darm- und Blasenverletzungen), starben im ganzen 22 = 25 % der speziell mitgeteilten Fälle, oder von den 114 aus der Gesamtzahl von 1550 Laparotomien herausgesuchten »eingreifendsten und bezüglich der Sepsis gefährlichsten Fällen« fast 20 %. Von unseren im ganzen mit Drainage behandelten 39 Fällen starben 8 = 20 %. Diese Zahlen können aber schon nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden, da es sich bei den mit Drainage behandelten Fällen nur um die allerschwierigsten und schlimmsten handelt. Auch wären — um den Wert der Drainage auf den weiteren Verlauf an sich zu prüfen — von unseren Todesfällen wohl sofort 3 abzuziehen, da es sich in dem einen um eine in den letzten Stadien sich befindende Kranke mit Perforationsperitonitis vom Wurmfortsatz aus handelte, bei dem anderen um eine Kranke, welche mehrere Wochen nach der Operation an einem Empyem in der chirurgischen Klinik starb (s. Burckhard, l. c. Nr. 29 u. 30). In einem 3. Falle (20) handelte es sich um ein kopfgroßes, scheußlich jauchendes Uteruskarzinom, das beim Ablösen einer verwachsenen Dünndarmschlinge einriß. Die Kranke starb schon im Kollaps 3 Stunden nach der Operation. Eine besondere Stellung nimmt auch noch Fall 31 bei Burckhard ein, da es sich um ein perforiertes Mastdarmkarzinom handelte in der untersten Tiefe des Douglas. Nach Abrechnung dieser 3 besonders liegenden Fälle würde sich die

8*

Mortalität der mit Drainage behandelten nun 5 : 36, also etwa 15% stellen. Ich habe nun, um vergleichbare Zahlen zu bekommen, nach demselben Prinzip wie Olshausen aus seinen 1550 Laparotomien aus dem meinigen der letzten 2 Jahre die »schwersten und bezüglich der Sepsis gefährlichsten« möglichst objektiv herausgesucht und finde als solche etwa 30 : 216 = 13%. Olshausen fand als solche etwa 7—8%.

Ich lasse in kurzer Übersicht zunächst diejenigen Fälle folgen, welche ich seit der Veröffentlichung von Burckhard mit Drainage behandelt habe und dann ganz kurz diejenigen Fälle von Operationen, bei denen man wohl an Drainage hätte denken können, die etwa den von Olshausen herausgesuchten 114 Fällen entsprechen würden. Ich habe besonders solche herausgesucht, bei denen es sich um ungewöhnlich schwierige Darmverwachsungen mit Läsionen der Oberfläche des Darmes handelte, oft zugleich mit weitgehender Verschmierung des ganzen Operationsfeldes oder der ganzen Bauchhöhle mit altem Blut oder pseudomyxomatösen Massen.

I. Mit Drainage behandelte Fälle.

1) 16. Februar 1901. Frl. B.; vereitertes und nach dem hinteren Scheidengewölbe perforiertes Dermoid mit doppelseitigen Adnextumoren. Laparotomie zur Auslösung des Uterus und der Adnexe bis auf die Perforationsstelle; äußerst schwierig; Vollendung der Operation von der Scheide; breite Drainage nach der Scheide. Verlauf sehr gut; Heilung vollkommen.

2) 4. Mai 1901. Frau G. Bis zum Nabel reichendes Myom; Pyosalpinx duplex; beim Lösen platzen die Eitersäcke und ergießen reichlich Eiter in das kleine Becken; totale Auslösung des Uterus, breite Gazedrainage nach der Scheide; das Peritoneum des ganzen kleinen Beckens weitgehend zerfetzt, nach 5 Wochen geheilt.

3) 26. Juli 1901. Frl. C. Faustgroße doppelseitige Pyosalpingen; seit einigen Wochen Eiterabgang per rectum; beide Tumoren platzen, das ganze kleine Becken reichlich mit Eiter verschmiert; Exstirpation des Uterus, breite Drainage nach der Scheide; Peritoneum darüber vernäht.

4) 19. Oktober 1901. Frau B. Postpuerperaler Abszeß, wahrscheinlich in der Uteruswand, wegen allgemeiner, untrennbarer Verwachsungen nicht zu entfernen; breite Vernähung mit der Bauchwand, Gazedrainage, nach 5 Wochen geheilt.

5) 14. November 1901. Frau F. Pyosalpinx duplex; äußerst schwierige Lösung, Verschmierung des ganzen kleinen Becken mit Eiter (Eiter steril), Glasdrain, am 4. Tage entfernt; p. pr. geheilt.

6) 2. September 1902. Frau F. Gravidit. tubaria, Hämatokele, Auslösung, wobei sich äußerst übelriechende Blutmassen in die Bauchhöhle entleeren; starke entzündliche Infiltration des Peritoneum und des Darmes; letzterer ganz unverschieblich; teilweise Abkapselung, Glasdrain; Heilung p. pr.

7) 6. Oktober 1902. Frl. N., 28 Jahre; Pyosalpinx duplex mit völliger Überlagerung des Darmes und Verwachsung mit der Blase; äußerst schwierige Lösung und bedenkliche Abtrennung vom Darm. Glasdrain, Entfernung am 4. Tage; lineäre Heilung.

8) 12. November 1902. Frl. L., 20 Jahre; Pyosalpinx duplex, Darmverwachsung, besonders an einer 2markstückgroßen Stelle nur mit der Schere trennbar; dünner, trüber Eiter; Glasdrain; Verlauf tadellos, Heilung per primam.

II. Ohne Drainage behandelte Fälle.

9) 28. Juli 1901. Frau M. Kindskopfgroße, allseitig äußerst fest verwachsene Hämatokele; das ganze kleine Becken überall mit altem Blut verschmiert; besonders breite und sehr feste Verwachsungen mit Flexur und Dünndarm. Verlauf gut.

10) 18. Oktober 1901. Frau Sp. Kindskopfgroße Hämatokele, ganz überdeckt von dem äußerst fest verwachsenen Darm und der Blase; Verschmierung des ganzen kleinen Beckens mit altem Blut; eine große fetzige Höhle bleibt zurück; Verlauf gut.

11) 24. Oktober 1901. Frl. W. $1^1/_2$faustgroßer maligner Darmtumor, irrtümlicherweise für Fibrom gehalten; äußerst blutreiche Verwachsungen mit Blase, Coecum und Wurmfortsatz; Stillung der parenchymatösen Blutung mit Paquelin; Tumor bleibt zurück. Verlauf gut.

12) 13. Januar 1902. Frau D. Doppelseitige, große, tuberkulöse Pyosalpingen; äußerst schwierige Lösung vom Darm; Amputation des Uterus; Übernähen der peritonealen Wundflächen. Verlauf gut.

13) 2. Mai 1902. Frau G. Ventrifixatio uteri bei fixierter Retroflexion; außergewöhnlich feste und schwierig zu lösende Verwachsungen des Uterus mit dem Rektum; Rückfläche des Uterus ganz zerschunden. Verlauf gut.

14) 3. Juni 1902. Frau H. Doppelseitige papilläre Ovarialgeschwülste, reichlicher Ascites; äußerst feste Verwachsungen mit Dünndarm und Rektum; Zurückbleiben papillärer Massen; äußerst schwierige Operation. Verlauf ganz glatt.

15) 17. Juni 1902. Frau N., 50 Jahre; doppelseitige, faustgroße Ovarialabszesse, äußerst schwierige Auslösung, der eine Tumor platzt und ergießt schmierig-schleimigen Eiter ins Becken; möglichste Vernähung der ausgedehnten Peritonealdefekte in der Bauchhöhle. Verlauf in den ersten Tagen gut; vom 10. Tage an Fieber, Abgang von stinkendem Eiter durch den Uterus; Verlauf dann allmählich gut.

16) 23. Juli 1902. Frl. F., 26 Jahre; Nullipara. Doppelseitiger Pyosalpinx; beim Trennen einer äußerst festen Verwachsung mit dem Rektum mit Hilfe der Schere Entleerung von nicht riechendem, blutig dicklichem Inhalt; sehr schwierige Operation. Verlauf gut.

17) 3. Oktober 1902. Frau G. Doppelseitige, kindskopfgroße Ovarialhämatome; äußerst feste Verwachsungen mit dem Darm und zwischen Uterus und Darm; ausgiebige Verschmierung des ganzen Operationsfeldes mit altem Blut; sehr schwierige Operation. Verlauf tadellos.

18) 23. Dezember 1902. Frau K. Nach früherer, von anderer Seite ausgeführter Pyosalpinxoperation mit Gazedrainage ausgedehnte Verwachsungen mit unerträglichen Schmerzen; halb faustgroßer Tumor des rechten Ovarium.

Äußerst feste Verwachsungen der Darmschlingen unter sich und mit der linken Seite des Uterus, Lösung vielfach nur mit Messer und Schere; Exstirpation des Uterus, Vernähung der Scheide. Verlauf ohne Störung.

19) 12. Januar 1903. Frl. R. 2malige Operation großer Pseudomyxome, letzte vor 4 Monaten; jetzt wieder kindskopfgroßer Tumor im linken Ligament. Die ganze Bauchhöhle voll pseudomyxomatöser Massen; Operation nur möglich unter tiefer Amputation des Uterus mit Ausräumung der Geschwulst aus der Basis des Lig. lat.; Verlauf tadellos.

20) 26. Januar 1901. Frau Schl. Sehr schwierige Entfernung eines sehr großen Cystofibrom; eine etwa $1^1/_2$handflächengroße Partie des Mesenterium mit einer Dünndarmschlinge breit und untrennbar mit dem Uterus verwachsen, nur nach Umschneidung des Peritoneum zu lösen. An 3 anderen Stellen Peritoneum ausgiebig zerrissen, muß genäht werden. Äußerst schwierige Operation. Verlauf sehr beunruhigend, nach 4 Wochen Eröffnung eines großen Abszesses im Douglas, einige Wochen später Durchbruch eines

Abszesses mit Kotabgang durch den unteren Wundwinkel. Nach 3 Monaten erst Heilung.

21) 2. Februar 1901. Frau N. Großes Pseudomyxom und Dermoid. Bauchhöhle mit dem ganzen Inhalt stark verschmiert; glatte Heilung.

22) 4. April 1901. Frau O., 44 Jahre. 2faustgroße Hämatokele; ganz vom Darm überlagert; Verwachsungen sehr schwer zu trennen; äußerst mühsame Operation. Verlauf gut.

23) 6. Mai 1901. Frau K. Mannskopfgroßes, vollkommen abgedrehtes, äußerst fest im kleinen Becken verwachsenes papilläres, zum Teil verkalktes Kystom; große Peritonealdefekte, die übernäht werden müssen. Heilung glatt.

24) 3. Mai 1901. Frau W. Doppelseitige, ganz subserös entwickelte papilläre Tumoren; der linke total unter die Flexur heruntergewachsen, dieselbe liegt auf Handbreite nachher ganz frei; der rechte Tumor ganz in die Kante des Uterus hineingewachsen, mit papillären Massen ausgefüllt; die zurückbleibenden Teile mit 10%igem Chlorzink geätzt. Verlauf zunächst sehr beunruhigend, schließlich Durchbruch eines abscheulich stinkenden Exsudates durch den unteren Wundwinkel; allmähliche Besserung und Heilung.

25) 31. Mai 1901. Frl. O., 53 Jahre. Kolossaler Leib, Kropf, Emphysem und Bronchitis. Der ganze Leib voll unendlicher pseudomyxomatöser Massen; Entfernung am Uterus nur mit Amputation desselben möglich; äußerst schwierige und schmierige Operation. In den ersten Tagen Pseudoileus, am 14. Tage ziemlich plötzlicher Tod.

26) 26. Mai 1901. Frau L., 53 Jahre. Kolossaler Leib; seit 4 Tagen heftige Peritonitis, Tumoren ganz nekrotisch, mit fest zusammengedrehtem Stiel. Verlauf glatt.

27) 11. Juni 1901. Frau A., 59 Jahre. Großer cystischer Tumor, Stieltorsion; Inhalt ein dünner gelber Eiter; äußerst feste und schwer zu lösende Verwachsungen mit Coecum und Processus vermiformis; ausgedehnte Übernähung der Wunde am Coecum und im kleinen Becken; Verlauf glatt.

28) 17. Juni 1901. Frau H. Äußerst schwierige Auslösung von kopfgroßen Ovarialhämatomen und Tubengeschwülsten; das ganze kleine Becken voll schwarzen, schmierigen Blutes; Verlauf gut. Rechts Exsudat, das später resorbiert wurde.

29) 20. Juni 1901. Frau S. Großes, mit Darm und Mesenterium ungemein fest verwachsenes Ovarialkystom. Lösung und Blutstillung sehr schwer; Verlauf gut.

30) 15. Juli 1901. Frl. Z. Seit einer vor 4 Jahren wegen Myomen von anderer Seite ausgeführten Operation unerträgliche Schmerzen. Äußerst schwierige Lösung der sehr ausgedehnten Verwachsungen der Därme untereinander und mit dem Uterus, größtenteils nur mit Schere und Messer; vielfache Übernähung des Darmes. Verlauf zuerst gut; in der 3. Woche etwas Fieber und perimetritische Erscheinungen; dann gut.

Von diesen im ganzen 30 Fällen, die ich mich bemüht habe, möglichst objektiv aus der Gesamtzahl von 216 Laparotomien herauszuwählen, von denen 8 mit Drainage und 22 ohne Drainage behandelt wurden, starb also im ganzen nur eine (17), und zwar eine nicht Drainierte. Ich führe durchaus den Todesfall nicht darauf zurück, daß ich nicht drainiert hätte, denn bei derartigen Pseudomyxomen drainiere ich überhaupt nie; aber die mehrfachen Exsudatbildungen mit Durchbruch der eitrigen Exsudate zum Teil nach unten, zum Teil durch den unteren Winkel der Bauchwunde möchte ich aller-

dings auf das Unterlassen der Drainage in diesen Fällen zurückführen und kann nur sagen, daß der Verlauf nach diesen, allerdings sehr schwierigen Operationen zum Teil sehr beunruhigend und die Rekonvaleszenz sehr protrahiert war.

Mag nun auch die Auswahl der Fälle eine etwas andere sein, wie bei Olshausen, mag die absolute Verschiedenheit der Zahlen hier ihre Rolle mitspielen: die Tatsache scheint mir doch nicht zu gleichgültig, daß bei einem ungefähr gleichartigen Material Olshausen bei prinzipieller Ablehnung der Drainage 20% Mortalität, wir dagegen bei grundsätzlicher Anwendung in bestimmten Fällen 3—4% Mortalität hatten.

Es fand sich übrigens auch unter unseren Fällen ein solcher, in welchem ein Durchbruch des Pyosalpinx in das Rektum stattgefunden hatte, ohne daß es gelang, die Durchbruchstelle zu finden (Nr. 3). Die Heilung erfolgte bei Drainage anstandslos.

Was nun die Grundsätze anbetrifft, nach denen man meiner Meinung nach mit Vorteil die Drainage nach Laparotomie anwendet, so halte ich die von Burckhard gegebenen Indikationen durchaus aufrecht mit Ausnahme des Punktes 3: »Wenn Teile der Geschwulstwand infolge zu fester, nicht lösbarer Verwachsungen, besonders mit dem Darme, zurückbleiben«. Ich habe selbst bei solchen Verhältnissen nur ein einziges Mal (l. c. Nr. 16) drainiert. Die Kranke starb am 13. Tage an allgemeiner Karzinose. Ich halte mit Olshausen die Drainage in solchen Fällen nicht nur für überflüssig, sondern eher für schädlich. Ebenso halte ich sie für ganz überflüssig in den von Olshausen skizzierten sogenannten »unreinlichen« Fällen, in denen die Bauchhöhle mit Cystenflüssigkeit oder Blut hochgradig verschmiert ist. Unter unseren Fällen befindet sich kein einziger derartiger Fall. Ich habe hier grundsätzlich stets nach gründlichster Reinigung die Bauchhöhle geschlossen.

Unter den von Olshausen aufgeführten verschiedenartigen Kategorien vermisse ich aber eine Gruppe von Fällen, welche Burckhard als zweite aufgeführt hat, nämlich diejenigen, »bei welchen größere Wundhöhlen zurückgeblieben sind, deren Wände zerfetzt und infiltriert sind und sich nicht aneinanderlegen oder durch Naht zusammenziehen lassen«. Man sieht doch gelegentlich nach Ausschälung von großen Pyosalpinxsäcken und Hämatokelen große schwartige Höhlen mit zerfetzten Wandungen zurückbleiben, die zum Teil vom kleinen Becken, zum Teil von der starren und infiltrierten Wand der benachbarten Darmschlingen gebildet werden, die sich infolgedessen auch gar nicht beim Schluß der Bauchhöhle in das kleine Becken hineinlegen. Ich kann mir gar nicht recht denken, wie man diese starren und jedenfalls stark sezernierenden Höhlen anders behandeln könnte, als mit breiter Drainage nach außen. Ich habe früher schon solche Fälle aus meiner Klinik beschreiben lassen[1], wo ich versuchte

[1] Bock, Über artifizielle Abkapselungen in der Bauchhöhle etc. Inaug.-Diss., Würzburg, 1894.

— und nach meiner Meinung mit vortrefflichem Erfolge —, durch Vernähen des Peritoneum parietale mit der Darmserosa, den Appendices, den Resten der Ligg. lata und des Uterus diese Höhlen gegen die Bauchhöhle abzuschließen und breite nach außen zu drainieren[2]. Drainiert man hier nicht, so muß unfehlbar eine starke blutig-seröse Exsudation hier einsetzen, die für Mikroorganismen den besten Nährboden abgibt und sich doch zunächst frei in der Bauchhöhle verbreiten kann. Drainiert man, so hat man ein Ventil geöffnet, durch welches sich diese bedenkliche Flüssigkeit ebenso unschädlich nach außen entleeren kann, wie der Eiter aus einem geöffneten oder durchgebrochenen Abszeß. Verlegt sich bei einem solchen einmal der Abflußweg, so sind die üblen Folgen doch sofort sehr merklich. Warum soll man nun diese Operierten den unsicheren Chancen eines eventuellen Bauchabszesses aussetzen? Es wird zwar vielfach gesagt, daß die durch die Drainage eintretende starke Sekretion im wesentlichen eine Folge derselben sei, veranlaßt durch den Reiz des Fremdkörpers. Das trifft aber durchaus nicht zu; denn dann müßte die Sekretion anhalten, so lange der Fremdkörper liegt. Das ist aber durchaus nicht der Fall, denn die starke Sekretion dauert in der Regel nur die ersten 24—48 Stunden, dann hört sie in der Regel im wesentlichen auf, wenigstens bei der Drainage mit Glasdrains, während sie natürlich bei der breiten Gazedrainage großer Höhlenwunden andauert.

Aber es wird gewiß sehr schwierig sein, den Vorteil der Drainage im einzelnen Falle zu beweisen. Ich betrachte sie im wesentlichen als eine Vorsichtsmaßregel, deren Notwendigkeit wir zwar schwer beweisen können, die aber gewiß nichts schadet; denn bei richtiger Ausführung habe ich niemals einen Schaden davon gesehen. Entfernt man am 4. oder 5. Tage den Glasdrain, so schließt sich die kleine Wunde rasch, und es tritt gewöhnlich nicht einmal eine Verzögerung der Rekonvaleszenz ein. Selbst bei der breiten Gazedrainage der großen Höhlen ist nach etwa 4—5 Wochen die Rekonvaleszenz vollendet. In zwei Fällen, beide Male übrigens nach der Exstirpation großer tuberkulöser Pyosalpingen, habe ich bleibende (wenigstens bestanden diese Fisteln nach einem Jahre noch) Fistelbildungen gesehen mit übrigens sehr geringer Sekretion. In beiden Fällen trat bei jeder Menstruation etwas Blut aus der Fistel aus, obgleich die Tuben der betreffenden Seite vollständig entfernt waren.

Es handelt sich also um ähnliche Beobachtungen, wie sie Engström[3] als para-uterine Menstrualblutungen beschreibt. Beide Male handelte es sich übrigens um so schwierige Operationen und um so schwere Leiden, daß die Kranken auch mit diesem kleinen Defekt völlig zufrieden sein konnten.

Wie soll man nun am besten drainieren? In der Diskussion

---

[2] S. a. Frank, Archiv für Gynäkologie Bd. XLV.

[3] Mitteilungen etc. Bd. IV. Hft. 2.

der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft haben sich mehrere Redner, wie gegen die Inangriffnahme derartiger Operationen von der Bauchhöhle aus überhaupt, so insbesondere gegen die Drainage durch die Bauchwunde ausgesprochen. Ohne weiteres ist zuzugeben, daß die Drainage des kleinen Beckens durch die Scheide eine vollkommenere und ausgiebigere sein muß, als durch die Bauchwunde, und in den Fällen, wo ich mich veranlaßt sah, den Uterus mit fortzunehmen bei gleichzeitiger Indikation zur Drainage, habe ich natürlich immer per vaginam drainiert unter möglichster Abschließung des Raumes nach oben. Die Frage, ob grundsätzlich in solchen Fällen nur per vaginam operiert werden soll, soll hier nicht weiter erörtert werden. Ich habe es auch in einer Anzahl von Fällen gemacht (s. Deutsch, Inaug.-Diss., Würzburg) mit recht befriedigendem Erfolg bezüglich der Rekonvaleszenz, aber mit einem sehr unbefriedigendem Gefühl während der Operation, und ich kann nur sagen, daß ich eigentlich stets, wenn ich mich nach einigem Schwanken für den abdominalen Weg entschlossen hatte, immer im höchsten Maße zufrieden war, daß ich nicht den Versuch gemacht hatte, von der Scheide aus zu operieren. Es ist und bleibt, auch bei der größten manuellen Geschicklichkeit, bei dieser Art Operationen ein Tappen im Dunkeln, was besonders mit Rücksicht auf die hier meist so ausgedehnten und festen Darmadhäsionen ein sehr gewagtes und aufregendes Unternehmen ist. Hat man aber von der Bauchhöhle aus operiert und will nicht gerade an sich den Uterus im ganzen mit entfernen, so halte ich eine breite Eröffnung nach dem hinteren Scheidengewölbe nur zu Zwecken der Drainage in der Regel zum mindesten für unnötig. Daß die Sekrete in durchaus genügender Weise durch die Drainage im unteren Wundwinkel herausgeleitet werden, dafür spricht ja jeder Verbandwechsel in den ersten Tagen. Zahllose Abszesse heilen ja auch aus, auch wenn sie nicht gerade im abhängigsten Teil drainiert sind. Jeder para-metrane Abszeß, der oberhalb des Lig. Pouparti zum Durchbruch kommt, zeigt uns diesen Prozeß. Und jeder Operateur wird über Erfahrungen verfügen, wie sie oben mehrfach angeführt sind, daß nach Operationen unreinlicher Fälle, bei denen nicht drainiert wurde, gelegentlich ein Abszeß zum Durchbruch kam. Und wo bricht er durch? In der Regel im unteren Winkel der Bauchwunde! Hier entleeren sich die angesammelten Flüssigkeiten und dann schließt sich die Wunde von selbst. Ich kann also nicht finden, daß die Einwände, welche gegen die Drainage nach oben erhoben werden, berechtigt wären. Die Drainage mit Gaze habe ich seit vielen Jahren nur auf diejenigen Fälle beschränkt, in denen es sich um ein breites Offenlassen des unteren Teiles der Bauchwunde zur Ausheilung von großen Hohlräumen handelte oder um die Drainage nach der offenen Scheide. Denn die Entfernung von Gazestreifen durch einen engen Kanal ist gelegentlich recht unangenehm; auch ist die Herausleitung der Sekrete doch lange nicht so sicher, wie durch ein offenes Rohr. Im übrigen

kann ich mich mit den von Olshausen als Hauptschutzmittel gegen die Infektion bei solchen Operationen hervorgehobenen Maßregeln: Schutz der Bauchhöhle durch vorgelegte Kompressen, sorgfältiges Auffangen alles sichtbaren Eiters, vorsichtige Lösung der Verwachsungen, Trockenlegung des Operationsfeldes, möglichst schnelles Operieren, nur vollkommen einverstanden erklären.

II.

Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft?

Von

Hermann W. Freund.

Küstner erörtert in Nr. 1 dieses Zentralblattes (1903) die Frage, ob eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft indiziert. Er weist zunächst den künstlichen Abortus nicht ohne weiteres von der Hand, während er die künstliche Frühgeburt, sofern sie mittels Hystereuryse eingeleitet wird, für gefährlich hält, weil dabei gerade der Narbenbezirk besonders gedehnt werde. Jedenfalls neigt Küstner der Sectio caesarea als dem Vorgehen zu, welches einem Aufplatzen der alten Narbe, einer neuen Uterusruptur am sichersten vorbeugt. Wie weit er die Indikationen ausdehnt, das zeigt sein erster Fall. Hier war bei einer Geburt ein Querriß in der Cervix ohne erhebliche Blutung entstanden, es war nicht festzustellen, ob er penetrierte, er heilte ohne besondere Therapie. Küstner hielt aber die Narbe doch für so bedenklich, daß er bei der darauffolgenden Geburt die Sectio caesarea ausführte. Ob bei derselben eine Narbe im Peritonealüberzug des Uterus gesehen oder gefühlt wurde, ist nicht mitgeteilt.

Im zweiten Falle indizierte eine ausgedehnte Narbe im unteren Segment an Stelle einer 2 Jahre zuvor erfolgten penetrierenden Ruptur den Kaiserschnitt. Beide Fälle verliefen glücklich.

Ich habe dieselbe Frage, die Küstner behandelt, 1900 in einer Dissertation von F. Kohler[1] bearbeiten lassen, die leider dem Schicksal vieler Dissertationen verfallen zu sein scheint, nicht genügend bekannt zu werden. Da sie auch Peham[2] nicht citiert, möchte ich den Fall, der ihr zu Grunde liegt und der des Interesses wert erscheint, hier kurz rekapitulieren.

42jährige XIIgravida mit plattem Becken hat während ihrer sechsten Geburt eine Ruptur vorn im unteren Segment erlitten. Das Kind war in die Bauchhöhle ausgetreten, die Placenta lag im Riß. Ich entfernte diese und die tote Frucht

---

[1] Über Geburten nach überstandener Uterusruptur. Inaug.-Diss., Straßburg, 1900.

[2] Zentralblatt für Gynäkologie 1901. Nr. 28.

per vias naturales, transportierte die Frau in die Anstalt und führte die Laparotomie aus. Der Riß, welcher in der Höhe des Vertex vesicae von einem Lig. rot. zum andern ging und sich noch in das rechte Parametrium erstreckte, wurde vernäht. Heilung. (Genaueres siehe in meiner Arbeit: Die Mechanik und Therapie der Uterus- und Scheidengewölberisse. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIII. Hft. 20. Fall 7.)

Nach 11 Monaten wurde die Frau wieder schwanger. Im 4. Monate der Gravidität erst stellte sie sich vor. Damals wurde sofort der künstliche Abortus mit Hilfe des elektrischen Schröpfkopfes eingeleitet. Aber schon hierbei zeigte sich frühzeitig eine bedrohliche Dehnung des unteren Uterinsegmentes im Bereiche der alten Narben, welche eigentlich ganz allein für sich die Grenzzone zwischen Corpus und Collum bildeten.

In der Folgezeit wurde die Frau noch 4mal schwanger, jedesmal leitete ich im 3. oder 4. Monate den künstlichen Abortus mit Erfolg ein. Der elektrische Schröpfkopf erwies sich allemal als wirksamstes, schonendstes Mittel.

Bei der 12. Schwangerschaft endlich schien mir der Versuch, die Lebensfähigkeit des Kindes abzuwarten, gerechtfertigt, weil jetzt, im Gegensatz zu früher, genügend reichliches Muskelgewebe in der Umgebung der alten Rupturstelle aufgetreten und der gefährdete Abschnitt damit hinreichend widerstandsfähig geworden war. Bei der in der 33. Woche ausgeführten künstlichen Frühgeburt wurde zur Erweckung der Wehen erst der elektrische Schröpfkopf, dann, als der Muttermund für einen Finger bequem durchgängig war, der Kolpeurynter verwendet. Während der kräftigen Wehen fühlte ich sehr deutlich, wie sich der narbige Teil der vorderen Uteruswand, der bimanuell abzutasten war, stark dehnte. Bei fast erweitertem Muttermund fand man in der prall gefüllten Fruchtblase die Füße des Kindes. Jetzt hielten die Wehen fast permanent an, der Uterus war stark gespannt, speziell die Narbe so sehr, daß eine neue Ruptur im Bereiche der Möglichkeit lag. Ich öffnete daher vorsichtig die Blase, ließ das Fruchtwasser langsam abfließen und holte einen Fuß herunter. Die Wehen trieben das Kind rasch bis zum Nabel aus, dann extrahierte ich. Die Entwicklung des Kopfes gelang nur schwierig, da die Cervix infolge ihrer vorderen narbigen Fixation schlecht nachgab. Trotzdem ich mich bemühte, den Kopf langsam über die gefährdete Partie hinwegzuleiten, glitt er doch mit einem plötzlichen Ruck vorüber. Die sofortige Austastung des unteren Segments ergab normales Verhalten, ein Riß war nicht entstanden. Das Kind, männlich, 45 cm lang, 2220 g schwer, mit 34 cm Kopfumfang, blieb am Leben. Placenta nach einer viertel Stunde exprimiert. Puerperium normal.

Er ist also hier bei einem wegen ausgedehnter Ruptur genähten Uterus der Abortus artificialis 5mal und schließlich auch eine künstliche Frühgeburt mit Hystereuryse ohne gefährliche Zwischenfälle mit vollem Erfolg ausgeführt worden. Meine eigenen und Küstner's Befürchtungen könnten dementsprechend bei oberflächlicher Betrachtung als grundlos erscheinen. Man könnte urteilen: Selbst nach sehr umfangreichen Uteruszerreißungen besteht keine große Gefahr des Wiederaufplatzens der Narbe während einer Geburt resp. Frühgeburt. Dieser Schluß ist aber unrichtig. Auch ich habe es jahrelang nach der Operation nicht gewagt, dem vernarbten Uterus eine Geburt per vias naturales oder eine Frühgeburt zuzumuten und ganz wie Küstner, dessen beide Fälle etwa 2 Jahre nach der Ruptur wieder eine geburtshilfliche Behandlung erheischten, die Gefahren derselben umgangen, ich durch den künstlichen Abortus, Küstner durch den Kaiserschnitt. Die Überlegungen waren beiderseits die gleichen. Ich bin in der Lage, die genannten Befürchtungen eines

Wiederaufplatzens der Narben durch positive Resultate der manuellen Untersuchung, die ich bei den Fehlgeburten und der Frühgeburt erheben konnte, als gerechtfertigt hinzustellen. Denn jedesmal ließ sich die frühzeitige Dehnung des unteren Segmentes und die Einziehung des Narbenabschnittes nach innen in das Cavum uteri hinein direkt nachweisen. Wenn mir trotzdem bei der letzten Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt erlaubt schien, so war das eine Folge des Befundes vermehrter Muskulatur in der Umgebung der Narben, was nach den Regenerationsvorgängen bei 5 vorangegangenen Puerperien erklärlich erschien.

Demnach ist die Frage, ob eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft indiziert, nicht allgemein im positiven oder negativen Sinne zu beantworten. Soviel scheint mir nur nach den bisher zu verwertenden Erfahrungen festzustehen, daß es hier bei der Wahl des zu beschreitenden Weges weniger auf die Ausdehnung der Narben, als auf die Zeit ankommt, welche seit der Ruptur verflossen ist, auf den Grad der Regeneration von Muskelsubstanz in dem betroffenen Uterusteil und auf die Größe der Frucht.

Unterzieht man das bisher vorliegende Material einer Kritik, so zeigt sich, daß ein Wiederaufplatzen der Narben fast immer während einer neuen rechtzeitigen Geburt erfolgte, daß dagegen bei spontanen, künstlichen und operativen Frühgeburten auch weiterverbreitete Narben die unumgänglichen Dehnungen ausgehalten haben. So verliefen in 2 Fällen Peham's die Frühgeburten nach überstandener Uterusruptur glücklich, die zweiten Rupturen erfolgten erst später bei rechtzeitigen Geburten. Kohler führt in der oben erwähnten Dissertation noch 6 Fälle von Rakin, Koblanck, Feuchtwanger und Schaefer an, bei denen Frühgeburten und Aborte ohne Zwischenfall verliefen, und 3 Fälle von Alberts, Dittel und Wenzel, bei denen die zweite Ruptur während rechtzeitiger Geburt eintrat. (Zwei weitere unzweifelhafte Beobachtungen ungestörten Geburtsverlaufes am richtigen Termin dürfen nur als glückliche Ausnahmen angesehen werden.)

Wenn wir also auch die Bedeutung älterer Narben während einer Frühgeburt nicht verkennen, müssen wir dieselbe auf der anderen Seite auch nicht überschätzen. Meine oben mitgeteilte Beobachtung hat doch jedenfalls gezeigt, daß eine solche Narbe mehr Widerstand leistet, als man a priori annehmen sollte, denn 5 Aborte im 3. und 4. Monat und eine schwierige Geburt eines Kindes im 8. Monat sind ein respektables Beispiel von Nachgiebigkeit. Trotz derselben bestehen Gefahren bei der Frühgeburt, aber der Kaiserschnitt hat doch auch die seinigen.

Ob man bei einer Schwangerschaft, die relativ kurze Zeit nach einer Uterusruptur eintritt, den artifiziellen Abortus möglichst frühzeitig oder am richtigen Termin die Sectio caesarea ausführen soll, das hängt von den Verhältnissen jedes einzelnen Falles

ab. Konstitution, Entwicklung der Uterusmuskulatur speziell im unteren Segment, Beweglichkeit der Rupturnarben entscheiden (abgesehen von äußeren Verhältnissen) in dieser Frage. Wesentlich aber noch ein Umstand, auf dessen Bedeutung ich in meiner oben citierten ausführlichen Arbeit über die Rupturen nachdrücklich aufmerksam gemacht habe. Schon Bandl hat gelehrt, daß der Uterus gewöhnlich bei Mehrgebärenden reißt, bei denen in früheren Geburten »schon einmal eine abnorme Ausdehnung der Cervix stattgefunden hat«, bei denen sich dann »die Verhältnisse für die Ruptur leicht und oft schnell wieder herstellen«. Wigand hat gezeigt, daß nach dergleichen schweren Dehnungen in der Geburt eine Aussackung des unteren Segmentes zurückbleiben kann. Hofmeier und Haußmann haben solche beschrieben. Auch ich habe sie mehrfach bei ein und derselben Frau konstatiert und gerade in dem oben beschriebenen Falle schon bei den 3 der Ruptur vorangehenden Geburten gefunden.

Ich habe in meiner oben citierten Arbeit, auf welche ich für das Spezielle verweisen muß, gezeigt, daß dieser ganze Prozeß der jedesmaligen frühzeitigen Dehnung und Aussackung des unteren Segmentes durch eine dauernde Atrophie, einen Substanzverlust der Muskulatur zu Gunsten vermehrten Bindegewebes und durch Anämie auf Grundlage einer einmaligen schweren Verletzung bedingt ist. Vollständige oder unvollständige Zerreißung des unteren Segmentes muß zu Grunde liegen. Ein von Peters[3] neuerdings mitgeteilter Fall bestätigt diese Anschauung. In den geschilderten Verhältnissen liegt eine anatomische und klinische Begründung der Befürchtungen, die man nach Uterusrupturen für spätere Geburten hegt. Zeigt eine genaue Anamnese und eine exakte Untersuchung des Uterus das Bestehen der geschilderten Atrophie an, dann ist eine spontane Geburt am richtigen Ende der Schwangerschaft eine schwere Gefahr; nur der künstliche Abortus oder die Sectio caesarea sind dann indiziert. Läßt sich Atrophie nicht erkennen, ist genügend Muskulatur vorhanden, dann darf die künstliche Frühgeburt, eventuell auch mittels Hystereuryse, ausgeführt werden. Betraf schließlich die Ruptur das untere Segment nicht, so kann bei sonst günstigen Verhältnissen die spontane Geburt abgewartet werden.

Ein Punkt, auf welchen Küstner nicht Bezug nimmt, darf meines Erachtens nicht unerörtert bleiben. Die Erfahrung lehrt schon jetzt, daß da, wo Operationen nach geschehener Uterusruptur überhaupt ausführbar und aussichtsvoll sind, die heute vielfach beliebte Totalexstirpation des Uterus nicht ohne weiteres berechtigt ist. Aussichtsvoll sind Operationen unter diesen Umständen, wenn der Allgemeinzustand nicht allzusehr beeinträchtigt und noch keine Infektion eingetreten ist. Dann ist der Bauchschnitt nicht gefährlicher, als die Kolpoköliotomie, die Blutstillung und die Naht

---

[3] Zentralblatt für Gynäkologie 1901. p. 1346.

schneller auszuführen als die Totalexstirpation, die Säuberung (und Drainierung) des Peritoneums bei besserer Übersicht sicherer. Welch kolossale Verletzungen man mit diesem konservativen Vorgehen heilen kann, zeigen die obigen Fälle von Küstner und mir. Daß man aber dabei auch noch die Gebärfähigkeit erhält, ist eine neue und erfreuliche Erfahrung auf dem noch zu wenig kultivierten Gebiete der konservativen gynäkologischen Operationen. Bei wiederholter Uterusruptur ist allerdings die Totalexstirpation oder die supravaginale Amputation indiziert; die Chrobak'schen Fälle (Peham) zeigen, daß auch dann die Prognose nicht ungünstig gestellt zu werden braucht, wenn nicht schon vor der Operation Infektion eingetreten ist.

III.

Zur Kasuistik der Verkalkung des Ovariums.

Von

Dr. med. **J. Miländer,**

Vorstand der geburtshilfl.-gynäkolog. Abteilung des Gouvernementskrankenhauses zu Pensa (Rußland).

Die pathologische Metamorphose des Corpus luteum in Cysten- und Abszeßbildung ist eine häufige Erscheinung, während die Verkalkung des Corpus luteum selten beobachtet wird. Die meisten in der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Verkalkung der Ovarien haben Anschluß an entzündliche Prozesse gehabt, die beim Eröffnen der Bauchhöhle noch an den Nachbarorganen zu finden waren. Sänger[1] fand einen verkalkten Eierstock von 3,5 cm Länge, 2 cm Breite und 1 cm Dicke nahe an der Tubenmündung in massenhafte alte Adhäsionen eingebettet bei einer 28jährigen an| Pansalpingitis leidenden Frau. Polaillon hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Ries[2] beschrieb drei Fälle von Steinbildung im Ovarium, von denen es sich im ersten Falle um Ovarialabszeß und Pyosalpinx handelte. Der Stein war 13 : 11 : 19 mm groß und hatte eine Höhle. Der zweite Fall (Dr. Hektoen's) kam bei einer Hydrosalpinx vor, und der Stein war mit dem an einer Stelle eingerissenen Ovarium durch einige Gewebsstreifen verbunden. Der hohle Stein war 30 : 20 : 15 mm groß. Der dritte Stein wurde bei Adnextumor und Retroflexio in einem in Adhäsionen eingehüllten Ovarium gefunden. Außerdem war eine Hydrosalpinx, deren isthmische Partie vom Uterus durch eine spontane Tubendurchtrennung abgeteilt war und rund abgeschlossen dalag. Die hintere Uteruswand war mit vielen größeren und kleineren Cysten bedeckt. Der Stein enthielt zwei Höhlen und war 52 : 24 : 18 mm groß. Ries erwähnt aus der amerikanischen Litera-

---

[1] J. Veit, Handbuch der Gynäkologie Bd. III p. 275.

[2] E. Ries, Steinbildung im Ovarium. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XL. p. 73.

tur noch die Fälle von Bland Sutton (2 Fälle von Verkalkung des Corpus luteum) und Whitridge Williams (3 Fälle, von denen die beiden ersten verkalkte Tumoren ohne zentrale Höhle darstellen, der dritte als verkalktes Corpus luteum angenommen wird). Aus der europäischen Literatur führt Ries noch den Fall Slaviansky an wo es sich um ein aus dicken Pseudomembranen ausgeschältes, Ovarium mit haselnußgroßem Kalkkonkrement des Corpus luteum handelte. Strauch[3] zeigte in der geburtshilflich-gynäkologischen Sektion des VIII. Pirogow'schen Kongresses russischer Ärzte in Moskau ein »ossifiziertes« Ovarium, in dessen Mitte eine Cyste war. Das Präparat war von einer wohl an Gonorrhoe leidenden 32jährigen Frau, die einmal vor 14 Jahren geboren hatte, aus festen Verwachsungen aus den rechten Adnexen gewonnen. Höchstwahrscheinlich handelte es sich hier um keinen Ossifikations-, sondern um einen Verkalkungsprozeß des Ovariums. Daß größere Tumoren verkalken können, ist vielfach beobachtet worden. Ratschinsky[4] zeigte in der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft zu St. Petersburg uterine Steine, welche als verkalkte Myome anzusehen sind. Auch Phaenomenoff und Ott[5] haben große, aus Verkalkung von Tumoren hervorgegangene Steine beobachtet. Fritsch[6] fand eine talergroße Verkalkung der Kapselwand der ektopischen Schwangerschaft.

Die Verkalkung von Tumoren wird verhältnismäßig häufiger als die der Ovarien beobachtet. Außer der eingehenden diesbezüglichen Publikation von Ries, der Erwähnung des Sänger'schen Falles von Pfannenstiel und des Falles von Strauch, habe ich aus der mir zugänglichen Literatur keine ähnlichen Fälle gefunden.

Wegen der Seltenheit der Verkalkung des Ovariums überhaupt und wegen einiger Besonderheiten des von mir operierten Falles, teile ich im folgenden die Krankengeschichte mit:

Pat., 21 Jahre alt, trat am 3. Juli 1902 behufs Operation ein. Pat. ist 8 Monate verheiratet, außer Masern nie krank gewesen, erste Regeln im 14. Jahre 2—3wöchentlich, 3—4tägig, schwach, mit Schmerzen. Nach der Verheiratung wurden die Regeln noch etwas häufiger. Letzte Menses am 26. Juni. Von Anfang Mai an bemerkte die Pat., daß ihr Leibesumfang sich vergrößerte. Pat. wandte sich an die Hebamme, die eine Schwangerschaft diagnostizierte. Die Geschwulst lag anfangs mehr rechts im Leibe, daselbst Schmerzen. Der Arzt verneinte die Schwangerschaft und diagnostizierte eine Neubildung des Ovariums. Am 22. Juni konsultierte die Frau mich.

Pat. ist von grazilem Körperbau und schwach entwickelter Muskulatur. Schleimhäute blaß. Der Bauch vorgewölbt, Bauchdecken gespannt, Bauchumfang 85 cm. Die Dämpfungslinie der prallweichen Geschwulst ein Querfinger über dem Nabel. Oberfläche glatt, Fluktuation. Äußere Genitalien mäßig entwickelt, Mons veneris spärlich behaart, Perineum normal. Vaginalportion klein, konisch, derb. Orificium ext. stecknadelkopfgroß. Scheidengewölbe gespannt. Uterus klein,

---

[3] VIII. Pirogow'scher Kongreß russischer Ärzte in Moskau. Hft. VI. p. 203. (Russisch.)

[4] Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. p. 119 u. 120.

[5] Ibidem

[6] Ibidem.

anteflektiert, nach links verlagert und etwas emporgehoben. Der Tumor nimmt das ganze kleine und große Becken ein, läßt sich nach oben verdrängen, so daß der Stiel des Tumors rechts vom Uterus fühlbar ist. Innere Organe gesund.

6. Juli Ovariotomie. Aus der Cyste wird viel dunkelbraune Flüssigkeit entleert und emporgezogen. Stiel ist gedreht (180°), 4 cm breit, wird in zwei Bündel abgebunden und abgeschnitten. Das linke breite Mutterband ist sehr zart und die linke Tubengegend sehr dünn und ihr freies Ende nicht zu finden. Die hintere Platte des linken Lig. latum ist glatt, das linke Ovarium nicht zu finden. Bei genauerer Besichtigung findet sich ein platter, mandelförmiger Körper auf der linken Seite des Douglas'schen Raumes mit seiner Längsachse quer frei auf dem Peritoneum, von wo derselbe mit einer Pinzette emporgehoben wird. Bauchhöhle geschlossen.

Am 9. Tage Nähte entfernt, am 13. Tage nach der Operation verließ die Pat. gesund die Anstalt. Pat. hat nach 4 Monaten keine Beschwerden oder Wallungen, obgleich die Menses nicht wieder erschienen sind.

Präparat: Große, einkammerige, proliferierende, glanduläre Cyste des rechten Ovariums. Unweit des Stieles an einer Stelle der verdickten Cystenwand noch Ovarialgewebe. Der frei im Douglas'schen Raume gefundene Körper stellt das linke, verkalkte Ovarium dar. Dasselbe ist stellenweise von steinharter, stellenweise von derber Konsistenz. Oberfläche höckerig, uneben, von graugelber Farbe. Das Ovarium ist 2,8 cm lang, 1,6 cm breit und 0,8 cm dick. Das Gewicht beträgt 3,1 g. Nach Durchschneidung der äußeren, derben Membran des Körpers lassen sich entsprechend den harten Höckern steinharte Massen von unregelmäßiger Form mit einer Pinzette herausnehmen.

Diese steinharten Massen sind wohl als verkalkte Corpora lutea anzusehen. Das größte derselben hat ein Gewicht von 0,2 g und 3,5 : 5,0 : 7,0 mm in den drei Durchmessern. Der Stein ist sehr hart, die Bruchfläche grauweiß, eine zentrale Höhle konnte nicht ermittelt werden. Die chemische Untersuchung eines Steines ergab, daß der Stein größtenteils aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk besteht und Spuren von oxalsaurem Kalk enthält. Von den organischen Verbindungen konnte Cholestearin und Fett gefunden werden.

Der oben beschriebene Fall von Verkalkung des Ovariums unterscheidet sich von den citierten:

1) dadurch, daß mehrere Steine entsprechend den Corpora lutea im Ovarium sich vorfanden;
2) dadurch, daß das verkalkte Ovarium durch eine spontane Amputation in den Douglas'schen Raum kam;
3) dadurch, daß auch die entsprechende Tube atrophisch war.

Daß in meinem Falle ein Infektionsprozeß der inneren Genitalien sich früher abgespielt hatte, ist wohl auszuschließen, denn es waren keine Verwachsungen zu finden. Die Ursache der Verkalkung ist in einer Ernährungsstörung des linken Ovariums zu suchen, die durch das schnelle Wachstum und den Druck der Cyste hervorgerufen wurde. Es ist anzunehmen, daß das Ovarium nach der Verkalkung von der Befestigungsstelle abgefallen ist. Was zur Atrophie der Tube geführt hat, ist schwer zu bestimmen.

Noch möchte ich erwähnen, daß die Frau sehr oft menstruierte (nach 2—3 Wochen), obgleich nur wenig Ovarialgewebe an der Cystenwand als funktionsfähig anzuerkennen war. Leider wurde dieses Wenige mit der Cyste abgetragen, weil nicht vorausgesetzt werden konnte, daß das andere Ovarium funktionsunfähig war. Für

die junge Frau wäre ein Ovarialrest zu erhalten von Wichtigkeit gewesen, obgleich Werth[7] meint, daß nur mit einem Stück Ovarium die Ausfallserscheinungen in der Regel sich nicht fernhalten ließen und das Quantum maßgebend sei.

Bücher-Anzeigen.

1) **P. Biedert** (Hagenau). Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 12. Auflage.

Stuttgart, Ferdinand Enke, 1902.

Das bekannte und vorzügliche Lehrbuch B.'s hat in der neuen Auflage eine durchgreifende Umarbeitung erfahren. Als Mitarbeiter sind Fischl (Prag) und Winter (Hagenau) tätig gewesen.

Da seit dem Erscheinen der 11. Auflage 8 Jahre vergangen sind, so war eine große Fülle neuer Forschungen zu berücksichtigen, um dem Lehrbuche seinen bevorzugten Platz in der Kinderheilkunde zu sichern. Kein Kapitel ist unverändert geblieben, viele Abschnitte sind neu eingefügt. Trotzdem ist der Gesamtumfang des Buches nicht wesentlich größer geworden, so daß die Absicht B.'s, im Rahmen eines mittelstarken Lehrbuches den Inhalt eines konzentrierten Handbuches zu bringen, in vorzüglichster Weise durchgeführt ist. Für den Geburtshelfer sind namentlich der allgemeine Teil (die physiologisch-anatomischen Bemerkungen über den kindlichen Organismus, die allgemeinen Regeln für die Untersuchung der Kinder, die Behandlung und Medikation bei Kindern im allgemeinen, die Ernährung und Pflege der Kinder) und aus dem speziellen Teile die Kapitel über die Erkrankungen des Neugeborenen und die chronischen Allgemeinkrankheiten (Lues, Tuberkulose, Rachitis) von Interesse. Sie sind mit der gleichen Gründlichkeit wie alle übrigen bearbeitet. Wer sich über diese Dinge informieren und die modernen Anschauungen kennen lernen will, wird in dem B.'schen Lehrbuche den besten und erfahrensten Ratgeber finden.

Stoeckel (Bonn).

---

2) **G. M. Edebohls.** Die Heilung der chronischen Nierenentzündung durch operative Behandlung. Autorisierte Übersetzung von O. Beuttner (Genf).

Genf, H. Kündig, 1903.

E. hat in 18 Fällen von chronischer Nierenentzündung die Dekapsulation der Niere, d. h. das Abziehen der Capsula propria mit darauffolgender Exstirpation der Kapsel ausgeführt, und zwar sowohl einseitig wie doppelseitig. 8 dieser Fälle wurden völlig geheilt. Anatomisch wird die Heilung eingeleitet durch Neubildung zahlreicher zur Niere ziehender Arterien in den zwischen Nieren-

---

[7] Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. p. 564.

parenchym und Fettkapsel entstehenden bindegewebigen Adhäsionen. Die zunehmende Blutversorgung führt zu einer graduellen Absorption der Entzündungsprodukte und zu regenerativer Neubildung sezernierender Nierenepithelien. Die Dekapsulation bedingt also keine sofortige Heilung, sondern leitet die Heilung nur ein. Eiweiß und Cylinder verschwinden aus dem Urin oft erst 12 Monate nach dem Eingriffe. Das Charakteristische desselben ist die Beseitigung der fibrösen Capsula propria, die eine für Blutgefäße fast unüberwindliche Schranke zwischen Nierenfettkapsel und Nierenparenchym darstellt. Beide enthalten sehr viel Blutgefäße und werden durch die Operation in ganzer Ausdehnung aneinander gelagert. Die Operation wird in Bauchlage mit senkrechtem Lumbalschnitt ausgeführt. Auch die häufigsten Komplikationen der chronischen Nephritis, die Leberschrumpfung und die chronische interstitielle Hepatitis, sind während der letzten Jahre operativ in Angriff genommen worden. Auch hier wird die Heilung durch Hyperämisation der Bauchwand resp. der Leber erstrebt. Diese Operationen können in derselben Sitzung und von dem gleichen Schnitte aus wie die Nierendekapsulation ausgeführt werden. Unter den von E. als geheilt bezeichneten Fällen sind 6 durch Brooks durch genaue Urinuntersuchung jahrelang kontrolliert. Der Operation soll jeder Pat. unterworfen werden, der nicht unheilbare Komplikationen aufweist, und dessen Lebensende ohne Operation nicht innerhalb eines Monates zu erwarten ist.

Beuttner hat sich einer dankenswerten Aufgabe unterzogen, indem er uns die interessante und wichtige Arbeit des amerikanischen Gynäkologen in so guter Übersetzung zugänglich machte.

Stoeckel (Bonn).

---

3) **Dohrn.** Über die gesetzliche Verantwortlichkeit des Arztes bei geburtshilflichen Operationen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 336. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1902.)

In der Geburtshilfe handelt es sich meist um die Perforation, künstlichen Abort, Kaiserschnitt und Entbindungen in Agone. Die Indikation zur Perforation des Kindes liegt dem Arzt vor, wenn der Durchgang des unversehrten Kindes durch die Geburtswege unmöglich ist und wenn dabei wegen irgend welchen anderen Umstandes der Kaiserschnitt oder die Symphyseotomie ausgeschlossen ist. Sollte daher bei einem Geburtsfalle nur die Alternative entstehen zwischen dem Leben der Mutter und des Fötus, so ergibt sich ganz klar aus den Bestimmungen des Strafgesetzes, daß der Gesetzgeber der Mutter mehr Schutz gewähren wollte, als dem Fötus. Auch von den Gerichten scheint in der Jetztzeit die Notwendigkeit der gelegentlichen Perforation des lebenden Kindes anerkannt zu werden. Es ist nur der Nachweis zu führen, 1) daß ein Notstand vorlag, welcher zur Entbindung die Perforation erheischte, 2) daß die Gebärende in die Perforation einwilligte, 3) daß die Operation so ausgeführt wurde,

wie das der Beruf des Arztes erforderte. Der künstliche Abort kann gerechtfertigt werden, wenn unter Einwilligung der Kranken der Arzt zur Abwendung einer augenblicklichen Lebensgefahr denselben einleitet. Gleich wie bei der Perforation, muß der vorhandene Notstand durch das sachverständige Urteil des Arztes anerkannt werden. Bei dem Kaiserschnitt, namentlich bei der Porro'schen Methode, hat sich der Operateur sicher zu stellen, daß er in seinem Operationsverfahren nach seinem eigenen Ermessen alle Geburtsteile wegnehmen darf, aus deren Verbleiben der Kreißenden eine Gefahr für ihre Gesundheit und ihr Leben entspringen kann.

Über die Entbindungen in Agone verweist D. auf einen früheren Vortrag. **Witthauer** (Halle a/S.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 12. Dezember 1902.

Vorsitzender: Herr Schülein; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstrationen.

1) Herr Gottschalk demonstriert ein vergrößertes, einheitliches, hufeisennierenförmiges Ovarium mit doppelter Stieldrehung um je 360° — Tube und Ovarium der anderen Seite fehlten.

Uterus retroflektiert, von der rechtsseitigen Ovarialgeschwulst nach links hinten verdrängt. Uterus nicht einhörnig. Das entfernte Ovarium mißt 8,5 : 5 : 2 cm. Die Vergrößerung ist bedingt durch starke Lymphstauung, venöse Hyperämie sowie eine starke Hyperplasie von Bindegewebszellen und glatten Muskelzellen, letztere von den Wandungen arterieller Gefäße ausgehend. Das Lig. suspensor. ovar. war dunkelblau auf Daumendicke unter der doppelten Stieldrehung angeschwollen. Ein stürmisches klinisches Krankheitsbild gab die Indikation für die Laparotomie. Glatte Genesung.

Die auffallende Länge des Lig. suspensor. ovarii und die auffallend schmale Insertion der Ligg. ovar. und des Mesovar. im Hilus des Ovariums scheinen die Prädisposition für die doppelte Stieldrehung abgegeben zu haben.

Das Ovarialparenchym ist stark reduziert.

Herr Gebhard: Das Ovarium hat wohl die Form einer Niere, aber nicht diejenige einer Hufeisenniere. Dieser Ausdruck wäre auch nicht am Platze, da doch eine Verschmelzung des Ovariums mit demjenigen der anderen Seite auf keinen Fall stattgefunden hat.

Herr Robert Meyer ist derselben Ansicht wie Herr Gebhard und fragt, welche Beweise Herr Gottschalk für eine Verschmelzung beider Ovarien zu einem »einheitlichen« Organ hat; andernfalls ist der Vergleich mit der Hufeisenniere unberechtigt.

Herr Keller fragt, ob es sich vielleicht um einen Uterus unicornis gehandelt habe.

Herr Gottschalk will den Vergleich des vorliegenden Ovariums mit der Hufeisenniere nur formell aufgefaßt wissen. Dafür, daß dieses Ovarium beide Ovarien in sich verkörpere, fehlt der Beweis und ist von G. derartiges auch nicht behauptet worden.

Ein atrophisches Ovarium der anderen Seite war auch nicht vorhanden. Die Form des Uterus entsprach nicht derjenigen des Uterus unicornis.

2) Herr Saniter demonstriert ein Instrument, Ecouvillon genannt, das in Frankreich große Verbreitung gefunden hat — speziell durch Doléris und Budin

— und dort zum »Ausbürsten« (Ecouvillonnage) des Uterus post partum bezw. abortum benutzt wird. Es hat die Form einer gewöhnlichen Flaschenbürste. Indiziert ist die Ecouvillonnage da, wo eine Infektion der Schleimhaut des Uterus diagnostiziert oder befürchtet wird. Schwerere Infektionen sollen dadurch hintangehalten werden.

Die Technik ist kurz folgende: In tiefer Narkose werden etwaige Placentarreste etc. digital gelöst und ausgeräumt. Es folgt eine Sublimatspülung (1:4000), Nachtasten und gründliches Ausbürsten des Uterus nach allen Richtungen; letzteres wird nach Bedürfnis 1- oder 2mal wiederholt, bis das Uterusinnere sich sauber und glatt anfühlt. Schließlich wird noch eine mit Glycerin-Kreosot 1:5 befeuchtete Bürste 1- bis 2mal eingeführt. Der Uterus wurde mit Jodoformgaze drainiert.

Die Resultate sollen gute sein — ob bessere, wie ohne diesen Eingriff, bleibe dahingestellt. In Deutschland hat die Operation keinen Eingang gefunden.

Herr Robert Meyer: Im 17. Jahrhundert hat ein gewisser Socrates eine »Magenbürste« beschrieben und empfohlen, welcher die Uterusbürste sehr ähnlich ist.

3) Herr Keller gibt die klinische Schilderung eines Falles, dessen Präparat Herr Dr. R. Meyer näher untersucht hat und im Anschluß hieran demonstrieren wird. — Pat. zum zweiten Male laparotomiert. Die erste Operation geschah von anderer Seite 2 Jahre vorher wegen fixierter Retroflexio, rechtsseitiger Adnexerkrankung und Perimetritis. Die rechten Anhänge wurden damals entfernt und der Uterus ventrofixiert. Die Kranke seitdem vollständig arbeitsunfähig, angeblich meist bettlägerig. Sie klagte über Schmerzen an der Grenze des mittleren und unteren Drittels der Bauchnarbe. Hier ein Knoten von der Form und Größe des Uterusfundus fühlbar. Die Schmerzen strahlten nach dem linken Hypochondrium aus und steigerten sich bei aufrechter Stellung. Auch eine intramenstruale Zunahme derselben wurde verspürt. Steigerung der Beschwerden seit der Operation: zuerst Bettruhe nur während der Menstruation, später anhaltend. Nach der kombinierten Untersuchung ging der stark elevierte und anteflektierte Uteruskörper direkt in den Tumor über. Jede Bewegung des Uterus teilt sich diesem mit und umgekehrt. Es wurde dieser Knoten als der in die Bauchdecken eingenähte Fundus uteri angesehen und wegen der vorhandenen Beschwerden die operative Lösung desselben in Aussicht genommen. Bei der Inzision der alten Narbe ergoß sich eiterähnliche Flüssigkeit aus dem subkutanen Gewebe. Daher Schluß dieser Schnittwunde und Exzision der ganzen Narbe. Nach Eröffnung des Abdomen unterhalb des Nabels zeigt sich, daß das Netz sich in den Spalt zwischen Uterus und Bauchwand hineinsenkt und dieser selbst nur mit einem ganz kleinen Segment in die Bauchdecken hineinragt. Resektion des Netzes. Der Tumor wird als dem eingenähten und geschrumpften Netz angehörig betrachtet. Wegen der verdächtigen Infiltrationen der Bauchdeckennarbe wird der Fundus uteri nicht ausgelöst, vielmehr gekappt. Sehr schwierig war der Verschluß der Bauchwunde. Das Bauchfell konnte auch, nachdem es im Umkreise der Wunde von der vorderen Bauchwand abgelöst worden war, nur etwa zu einem Drittel oben und unten entsprechend der Richtung der Wunde vereinigt werden. Der Rest wurde teils quer, teils vermittels Tabaksbeutelnaht notdürftig aneinander gebracht. Hieran schloß sich die Vereinigung der Recti, erst möglich nach der Lösung aus ihrer Scheide. Die Vornahme einer Fasciennaht machte dann noch zuvor die Anlegung von Entspannungsschnitten, seitlich jenseits der Rektusscheide notwendig. Die Vereinigung des subkutanen Fettgewebes und der Oberhaut gelang zuletzt leicht. Trotz dieser Schwierigkeiten ist die Bauchwunde gut geheilt. Beim Verbandwechsel zeigte sich nur je ein oberflächlicher Defekt im oberen und unteren Wundwinkel. Pat. hat keine Bauchbinde getragen. Hernienbildung bis jetzt nicht vorhanden. Die Kranke ist wohl und arbeitsfähig (letzte Kontrolle Frühjahr 1902). Bei der Operation wurde das linke Ovarium wegen seiner starken Vergrößerung und cystischen Entartung entfernt.

4) Herr Robert Meyer demonstriert vermittels Epidiaskop und eines neuen Projektionsmikroskopes von Carl Zeiss

I. ein Adenom in der Bauchnarbe nach Annähung des Uterus, wahrscheinlich aus der Serosa des letzteren hervorgegangen (Operateur Herr Keller).

II. Wucherungen des Serosaendothels am Uterus von Kindern und Erwachsenen, ferner an Tuben und Lig. lat. von Erwachsenen, welche er in zahlreichen Fällen gefunden.

III. Adenofibrom von gänzlich unbekannter Bauart (Operateur Herr Mackenrodt). Ausgangspunkt rechtes Uterushorn, welches den Tumorstiel bildet. Organoider, höchst charakteristischer Aufbau aus stark geschlängelten, sehr dickwandigen, epithelialen Kanälen. Tunica fibromuskulär, geschichtet, innen und außen circulär, mittlere Schicht longitudinal. Aus den Kanälen entstehen Cysten mit halbkugligen, auch kugligen und polypösen, intrakanalikulären Fibromen. Kanäle und Cysten liegen zwischen Septen faserigen Bindegewebes; fibröse, teilweise knöcherne Kapsel um den Tumor. — Ähnlichkeit der Kanäle mit dem Epoophoron oder dem Wolff'schen Gange.

II. Herr Steffeck hält seinen angekündigten Vortrag: »Zur Behandlung des nachfolgenden Kopfes.«

Von den vielen Verfahren zur Behandlung des nachfolgenden Kopfes konkurrieren heute nur noch zwei miteinander: der Veit-Smellie'sche und der Martin'sche Handgriff. Die Resultate beider Methoden scheinen mir jedoch noch sehr verbesserungsbedürftig zu sein.

Ich kann mich nach meinen Erfahrungen des Eindrucks nicht erwehren, daß bei beiden Handgriffen zu viel Theorie im Spiele ist.

So halte ich die beiden Hauptforderungen, die künstliche richtige Einstellung des Kopfes in den Beckeneingang und das Eingehen in den Mund des Kindes, theoretisch zwar für sehr sinnreich erdacht, aber für überflüssig. Ja ich erachte beide Manipulationen in manchen Fällen sogar für schädlich, erstens des Zeitverlustes wegen und zweitens wegen der Anregung einer vorzeitigen Atmung des Kindes.

Rein praktische Erfahrungen haben mich zu der Überzeugung gebracht, daß eine künstliche kunstgerechte Einstellung des Kopfes ins Becken überhaupt nicht erforderlich ist, und daß sich der Kopf ganz von selbst die zweckmäßigste Passage durch den Beckeneingang sucht, vorausgesetzt nur, daß man nicht an ihm zieht, sondern daß man ausschließlich auf ihn drückt.

Schon seit 7 Jahren entwickle ich den Kopf ganz allein durch die bimanuelle Expression in Walcher's Hängelage, ohne die geringste Rücksicht auf die Kopfeinstellung zu nehmen. Sobald das Kind spontan bis zu den Schulterblättern geboren: Querlage der Kreißenden — Armlösung bei erhobenen Beinen, dann Walcher's Hängelage und, zwischen den Beinen der Frau stehend, Expressio capitis mit beiden geballten Händen, durch Druck von außen, direkt auf den Kopf, in der Richtung nach hinten unten. Sobald der Kopf völlig ins Becken eingetreten, weitere Entwicklung desselben mit dem Veit-Smellie-schen Handgriff.

In Fällen, wo das Kinn oberhalb der Symphyse steht, schiebt man es zunächst durch Druck nach hinten von der Symphyse fort und exprimiert dann weiter, wie oben angegeben.

Auch nach Dekapitationen genügt die Expression des Kopfes ganz allein zur Entwicklung.

Die betreffenden Geburtsgeschichten gebe ich an anderer Stelle ausführlich; hier sei nur soviel erwähnt, daß sich das Verfahren gerade in den schwierigsten Fällen den bisherigen Methoden gegenüber als überlegen sich gezeigt hat.

Den Hauptanteil der Expression erblicke ich in der großen Zeitersparnis und in der überraschenden Leichtigkeit der Ausführung ohne jede Assistenz.

Diskussion:

Herr Olshausen will die inneren Handgriffe nicht entbehren, um die Kopfstellung zu kontrollieren und event. zu verbessern. Man soll aber nur den Mittelfinger in den Mund führen, weil man diesen tief, bis zum Zungengrunde, einführen kann. So kann man ungleich besser auf die Stellung des Kopfes wirken und viel kräftiger ziehen. Den Druck von außen will O. durch einen Assistenten mit beiden flach aufgelegten Händen ausführen lassen. Ist ein Assistent nicht zur Hand, so kann auch der Martin'sche Handgriff Anwendung finden. Beim Veit-Smellie ist jedenfalls der Hauptzug durch den Finger im Munde auszuführen, nicht durch die Gabel über den Nacken.

Herr P. Strassmann: Die Zange bei der Behandlung des nachfolgenden Kopfes ist mit Recht nicht erwähnt worden, sie verdient keine Berücksichtigung, da die Leistungen der Hände weit vollkommenere sind. S. erinnert daran, daß er in seiner Arbeit »Über äußere und kombinierte Verfahren« hervorgehoben habe, daß man die Perforation des nachfolgenden Kopfes nicht vornehmen dürfe, bevor man versucht habe, den Kopf mit beiden Händen von außen hineinzudrücken. Dabei erziele man lebende Früchte, wenn auch mit Impressionen. Man darf sich der Faust bedienen, es gelingt aber auch bisweilen mit »flachen« Händen.

Druck direkt auf den Kopf ist wirksamer, mutet aber auch der Muskulatur des unteren Segmentes mehr zu. In einzelnen Fällen kommt man zum Ziele, wenn man mit dem Fundus — wie bei der Placenta — den Kopf auspreßt.

Der Veit-Smellie'sche Handgriff ist bei über dem Becken stehenden Kopfe nicht angezeigt. S. erwähnt eine Verletzung des Frenulum mit Blutung aus der Art. lingualis. Eine Verletzung der Halswirbelsäule bei vorzeitigem Anheben des Rumpfes ereignete sich in einem anderen Falle. Das eigentümliche Verhalten dieser Frucht, welche eine Stunde lang durch künstliche Atmung mittels Lufteinblasen — und Wiederauspressen — erhalten wurde, aber ihre Atemmuskulatur nicht mehr innervieren konnte, wird geschildert.

Zur Einführung in den Mund soll nur ein Finger gebracht werden. S. hat bisher den Zeigefinger dazu benutzt, hält es aber für möglich, daß der Mittelfinger mehr auf die Schädelbasis einwirkt.

Daß bei der Beckenendgeburt der Bauch nach vorn kommt, ist immer Schuld des Geburtshelfers. Es ereignet sich dem Anfänger häufiger als dem Geübten. Bei dieser Stellung ist es unumgänglich notwendig, den Mund des Kindes aufzusuchen. Das Kinn braucht nicht an der Symphyse, sondern kann auch vorn seitlich stehen. Erst wenn das Kinn nach hinten seitlich gebracht ist, wozu man gelegentlich die Hände wechseln muß, darf von außen gedrückt werden. Wie man den im Becken befindlichen nachfolgenden Kopf herausbefördert ist gleichgültig, nur muß — wie auch der Vortr. hervorgehoben hat — der Kopf mit dem Finger vom Munde aus über den Damm hinweg gehoben werden, um einen Riß zu verhüten.

Herr Henkel ist der Ansicht, daß man in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit dem Veit-Smellie'schen Handgriffe auskommt; jedoch ist es empfehlenswert, denselben gelegentlich so auszuführen, daß man den nachfolgenden Kopf mit querverlaufender Pfeilnaht und in Anlehnung an den normalen Mechanismus der Schädelgeburten beim engen Becken in das Becken hineinzieht. H. hält es nicht für ratsam, in der Geburtshilfe mit brüsker Kraft vorzugehen.

Herr Bokelmann steht dem Vorschlag des Herrn Vortr. sympathisch gegenüber und hat bereits öfter in ähnlicher, wenn auch nicht in so planmäßiger Weise gehandelt. Die Expressionsmethoden verdienen überhaupt in der Geburtshilfe eine weit größere Anwendung als dies bisher der Fall ist und wir könnten in dieser Beziehung manches von unkultivierten Völkern mit verhältnismäßig roher Geburtshilfe lernen. So hat B. sich seit langer Zeit daran gewöhnt, bei Schädellagen ganz systematisch die Expression anzuwenden und davon die besten Erfolge gesehen. Natürlich kann die von Herrn Steffeck vorgeschlagene Methode den

Kopf nur in das Becken bringen, während zum Austritt des Kopfes die Extraktion nicht zu entbehren ist.

Herr Flaischlen: Schon vor 20 Jahren haben wir als Assistenten der Universitäts-Frauenklinik unter Carl Schröder's Leitung die Extraktion des nachfolgenden Kopfes beim engen Becken so geübt, daß der eine von oben den Kopf in das Becken drückte, während der andere den Veit-Smellie'schen Handgriff ausführte. Das Hauptgewicht wurde stets auf das Eindrücken des Kopfes ins Becken gelegt. Ebenso bin ich später in der Privatpraxis verfahren. Ich habe oft den Druck auf den Kopf ausgeübt, während ich den Kollegen oder im Notfalle die Hebamme am Rumpfe des Kindes ziehen ließ. Herr Olshausen sagte vorhin, daß man nur mit den flachen Händen auf den Kopf von oben drücken solle, um eine Verletzung des Uterus zu vermeiden. Ich bin stets so verfahren, daß ich mit beiden flachen Fäusten von oben den Kopf in das Becken drückte und nur vermied, mit den Knöcheln das untere Uterinsegment zu quetschen. Bei diesem Verfahren habe ich nie eine Verletzung des Uterus erlebt. In den Fällen von Extraktion des nachfolgenden Kopfes beim engen Becken kommt es oft darauf an, einen erheblichen Druck von oben auf den Kopf ausüben zu können und dazu, glaube ich, werden die flachen Fäuste geeigneter sein als die flachen Hände.

Wenn Herr Strassmann vorschlägt, auf den Fundus uteri zu drücken, um den Kopf des Kindes so in das Becken zu pressen, so glaube ich, daß man eher zum Ziele kommt, wenn man den Druck der Fäuste unmittelbar auf den Kopf wirken läßt.

Herrn Steffeck möchte ich schließlich fragen, ob das eine von ihm erwähnte Kind wirklich 13 Pfund gewogen hat. Ich frage deshalb, weil ich mich erinnere, daß zu meiner Assistentenzeit Schröder ein Kind von 11 Pfund, welches in der Klinik geboren war, den Studenten als Unikum zeigte und betonte, daß es eines der schwersten Kinder sei, welche er gesehen habe.

Herr Wegscheider wendet ein ähnliches Verfahren wie Herr Steffeck mit gutem Erfolge an: Während er selbst die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes in Walcher'scher Hängelage mit dem Veit-Smellie'schen Handgriffe vornimmt, läßt er sich von einem Gehilfen (Hebamme, Kollege) den kindlichen Kopf von außen energisch ins Becken einpressen. Er betont, wie wichtig es dabei sei, den Kopf quer in den Beckeneingang einzustellen; soweit er sich erinnert, wird dieser Punkt nur in einer Arbeit von A. Martin (Berliner klin. Wochenschrift 1886 Nr. 40) genügend hervorgehoben. Auch bei den Übungen am Phantom wird hierauf zu wenig geachtet. Zur Verhütung von Asphyxie ist das kombinierte Verfahren ebenfalls zu empfehlen, da es so möglich ist, den Kopf rasch zu entwickeln. W. hat bisher nur einmal, bei einem Hydrocephalus, den nachfolgenden Kopf perforieren müssen; ein Kind starb an Verblutung aus einer mit dem Fingernagel verursachten Gaumenverletzung am anderen Tage, ein anderes bei der Entwicklung infolge mangelnder Übung.

Herr Saniter glaubt, daß das einfache Hineindrücken des Kopfes ins Becken, wie es Herr Steffeck empfiehlt, in der Mehrzahl der Fälle gelingen und genügen wird, speziell bei normalen Becken. Auszunehmen sind hiervon aber die alten Erstgebärenden mit langem, rigidem Cervicalkanal, bei denen die Blase womöglich schon tagelang vorher gesprungen ist. Hier hält S. die richtige Einstellung und Entwicklung des Kopfes durch innere Handgriffe für unentbehrlich und bezweifelt, daß die alleinige Impression immer zum Ziele führen wird. Jedenfalls müssen vor der etwaigen Perforation des lebenden Kindes die inneren Handgriffe versucht werden.

Ganz ähnlich verhält es sich bei engen Becken. Auch hier wird man meistens mit der bloßen Impression auskommen, ganz besonders gut bei mäßig platten, rachitischen Becken mit ihrem weiten Ausgange; bei den höchsten Graden von platten Becken aber dürften die inneren Handgriffe vorzuziehen und bei hochgradig allgemein verengten unentbehrlich sein.

S. geht sodann auf die Fälle ein, in denen sich bei der Extraktion das Kinn nach vorn auf die Symphyse gedreht hat. Es steht dabei niemals ganz nach vorn, sondern sieht immer etwas nach rechts oder links. Da ist es nun oft fast unmöglich, mit der sogenannten richtigen Hand — d. h. wenn das Kinn nach links steht, mit der rechten und umgekehrt — an den Mund zu kommen, weil weder Hand noch Finger sich im gewünschten Sinne flektieren lassen; für diese Fälle ist es außerordentlich zweckmäßig, die »falsche« Hand zu nehmen; man geht damit hinten um das Kind herum und erreicht stets mit überraschender Leichtigkeit den Mund; dann kann man die Kopfstellung bequem korrigieren. S. hat den Handgriff am Material der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin des öftern erprobt.

Herr Gottschalk pflegt den nachfolgenden Kopf mittels des Mauriceau-Veit'schen Handgriffes bei seitlich gedrehtem Gesicht durch den verengten Beckeneingang durchzuziehen und läßt dabei gleichzeitig von außen durch die Hebamme oder einen assistierenden Arzt zunächst isoliert kräftig auf das Vorderhaupt drücken; es geht der bitemporale Durchmesser des Kopfes leichter durch die verengte Conjugata vera durch, nachher folgt dann auch durch das gleiche kombinierte Verfahren das Hinterhaupt um so leichter. Die äußere alleinige Expression, welche der Herr Vortr. auch nach der Dekapitation macht, erscheint G. nicht ungefährlich, es kann dabei leicht zu schweren Weichteilverletzungen kommen. Dann kann eine Infektionsgefahr darin gegeben sein, daß der Herr Vortr. zuerst mit beiden Händen außen kräftig auf den Leib drückt und dann in aller Eile eingehen muß, um noch den Kopf mit dem Mauriceau-Veit'schen Handgriff zu entwickeln.

Herr Schülein teilt mit, daß er das vom Vortr. beschriebene Verfahren schon lange in der Praxis zur Anwendung bringt, jedoch in etwas modifizierter Weise. Er legt besonderes Gewicht darauf, daß der Kopf des Kindes, bevor er ins Becken hineingepreßt wird, im Querdurchmesser des Beckens steht. Er übergibt dann die Beine des Kindes der Hebamme zum Halten, stellt sich hinter oder seitlich von der Kreißenden und preßt dann von oben her mit beiden Händen den Kopf ins Becken hinein.

Herrn Flaischlen teilt er mit, daß er als Assistent der Klinik als schwerstes Kind ein solches von $11^1/_2$ Pfund mittels Forceps zur Welt befördert hat.

Herr Keller: Bei der Extraktion der Fußlagen muß man vom ersten Augenblick darauf achten, die Drehung des Rückens nach vorn nicht zu behindern, vielmehr zu unterstützen. Voreiliges Extrahieren bringt den Bauch des Kindes leicht nach vorn und das Kinn über die Symphyse. Bei starker Beckenverengerung passiert dieses auch trotz aller Vorsicht. Gleichzeitiger Zug und Expression von außen sind dann erfolglos, ehe es gelungen ist, das Kinn nach hinten zu bringen. Mit diesem Moment schlüpft aber der Kopf oft sofort in das Becken. Die richtige Einstellung des Kopfes erscheint hiernach aber von Einfluß auf das Gelingen der Extraktion. Die Expression von außen ist natürlich von sehr großem Werte. Da man aber sowieso zur Narkose eine Assistenz notwendig hat, kann man dieser auch die Ausübung der Expression übertragen.

Herr Steffeck (Schlußwort): Auch von den Gegnern der Methode wird zugegeben, daß bei dem Veit-Smellie'schen Handgriff die Expression durch Hebamme oder Assistent sehr notwendig ist. Die eigene Expression aber mit beiden geballten Händen ist noch ganz bedeutend wirksamer, als die durch eine zweite Person. Gerade die schwierigsten Fälle bewiesen mir die Leistungsfähigkeit der Methode, und ich halte es für absolut unnötig und falsch, mit der künstlichen Einstellung des Kopfes kostbare Minuten zu opfern. Der Kopf sucht sich, wie gesagt, unter dem Druck von außen ganz von selbst die beste Passage durchs Becken.

Sehr gefreut hat es mich, daß gerade die geschäftigsten Geburtshelfer Berlins meine Methode eigentlich alle schon anwenden; wahrscheinlich werden noch viele andere Praktiker anderswo es ebenso machen. Die großen geburtshilflichen Kliniken möchte ich daher bitten, auch ihrerseits meine Methode zu prüfen.

---

5) Verhandlungen der British gynaecological society im Jahre 1901.

(Brit. gyn. journ. 1901. Februar bis 1902. Februar.)

Aus den zahlreichen interessanten Demonstrationen und Berichten heben wir einzelnes heraus.

Purefoy (Dublin) berichtet über zwei interessante Fälle von Uterusfibromen mit eingehender mikroskopischer Untersuchung. Zahlreiche Höhlungen in denselben ergaben sich als ausgedehnte Blutgefäße.

In einem Vortrage über Uterusprolaps spricht sich Jessett dahin aus, daß die gewöhnliche Methode der Ventrofixation unrichtig sei. Um den Uterus in eine normale Lage zu bringen, müssen die Suturen einen halben Zoll unterhalb des Fundus, und zwar durch die hintere Wand durchgeführt werden und möglichst dicht über der Symphyse an die Bauchwand befestigt werden.

Macnaughton-Jones: Fall von primärer Tuberkulose der Brust. Er betraf eine 31jährige Frau ohne jede erbliche Belastung. Die mikroskopische Untersuchung zeigte entzündliches Gewebe in und um die Drüsensubstanz, dasselbe ist angefüllt mit Riesenzellen und Miliartuberkeln.

Targett bemerkt, daß Tuberkulose der Brust nicht so selten sei, wie gemeinhin angenommen werde. Zu dieser Ansicht ist er nach Untersuchung mehrerer hundert Mammatumoren gekommen.

Alexander (Liverpool) berichtet über hintere vaginale Köliotomie bei Beckenerkrankungen. Er hat in den letzten 2 Jahren 94 Fälle operiert und wendet sich immer mehr dieser Methode zu, die er leichter, sicherer, kürzer und von einer angenehmeren und kürzeren Rekonvaleszenz gefolgt gefunden hat.

Macnaughton-Jones: Fall von ektopischer Schwangerschaft mit septischer Infektion des Fruchtsackes. Bei der Operation ergoß sich bei Eröffnung des Sackes eine sehr übelriechende Flüssigkeit. Tod am 7. Tage. Die Quelle der Infektion ist nicht festzustellen, J. nimmt an, daß sie aus dem Darme stammt.

Charles Noble (Philadelphia) spricht über Komplikationen und Degenerationen der Uterusfibrome und deren Bedeutung für die Behandlung. Er tritt der vielfach noch verbreiteten Ansicht entgegen, daß Myome unschuldige Gewächse sind, die nur in seltenen Fällen das Leben gefährden, auf Grund seines Beobachtungsmateriales entgegen, das sich auf 218 Fälle erstreckt, bei welchen verschiedene Operationen ausgeführt wurden.

Aus dieser Statistik ergiebt sich zunächst, daß die Myomkranken, welche beim Arzt Hilfe suchen, meistens Komplikationen mehr oder minder schwerer Art haben, welche nicht allein die Geschlechtsorgane betreffen, sondern den ganzen Organismus in Mitleidenschaft ziehen. Bei seinen 218 Fällen fand er Komplikationen 121mal, darunter solche, welche durch Degeneration der Geschwulst selbst bedingt waren, 5mal myxomatöse, 5mal cystische Entartung, 12mal Nekrose, 3mal Karzinom des Körpers, 4mal der Cervix, 2mal Sarkom, 1mal Syncytiom. Streng genommen können nur letztere Fälle auf das Myom zurückgeführt werden, da die anderen Komplikationen doch auch wohl zufällige sein könnten.

Was die Gefahr betrifft, in welcher sich Kranke mit Fibrom befinden, so erwähnt N. zunächst die, welche aus der Komplikation selbst sich ergeben und zählt dann 66 Fälle auf, die notwendig zum Tode geführt hätten, darunter allerdings auch alle möglichen Eierstockserkrankungen, wie 21 Fälle von Cysten, Appendicitis 5, Salpingitis 14, welche er alle als Komplikationen der Myome betrachtet, so daß er zu dem Schlusse kommt, daß mäßig gerechnet 78 der Kranken an diesen Komplikationen zugrunde gegangen wären, falls sie nicht operiert worden wären.

Schwieriger gestaltet sich ihm die Berechnung der Fälle, welche an der Geschwulst selbst zugrunde gegangen sein würden, d. h. infolge von Blutungen und durch dieselbe bedingte Degeneration des Herzens und der Nieren; durch Druck auf Darm und Ureteren; durch schlechte Ernährung, Septikämie infolge von Nekrose der Geschwulst, Embolie u. a. m. Doch rechnet er unter seinen Fällen 15 hierzu, so daß er im ganzen auf 93 Todesfälle unter 218 kommt, eine Mortalität von 42% (!).

Er erwähnt weiter, daß Martin unter 205 Fällen 57 Komplikationen nachwies, welche aber alle die Geschwulst selbst betrafen.

Was das Verschwinden der Geschwülste nach der Menopause betrifft, so findet N. in seinen Beobachtungen keine Stütze dieser Ansicht.

An der Diskussion beteiligen sich Jessett, Frau Scharlieb, Frau Boyd, die auf die Schwierigkeit hinweist, die wirkliche Natur einer Geschwulst, welche sarkomatöse Degeneration erlitten, festzustellen; Heywood Smith, Snow, Stones, Boyd, der allein betont, daß viele der von Noble angeführten Komplikationen doch nur zufällige seien.

Macnaughton-Jones: Fall von primärer tuberkulöser Pyosalpinx. 22jährige Ipara ohne erbliche Belastung. In dem nicht dilatierten uterinen Ende der Tube fand sich allgemeine Verdickung der Schleimhaut und Infiltration mit Miliartuberkeln.

Travers: Fibromyom, welches Appendicitis vortäuschte und Darmverschluß verursachte. Bei der 40jährigen Frau hatte seit Jahren hartnäckige Verstopfung bestanden. Bei der Operation zeigte sich, daß ein subperitoneales Fibrom, welches nur durch einen dünnen Stiel mit dem Uterus zusammenhing, die Erscheinungen verursacht hatte.

Macnaughton-Jones: Sarkom der Scheide. Die letztere fand sich erfüllt von einer weichen Masse, die bei der geringsten Berührung sehr stark blutete. Erst bei der Operation selbst war eine genaue Untersuchung möglich, da fand sich, daß das Collum frei war, daß die Wucherung von der vorderen Scheidenwand ausging und mit derselben durch einen breiten Stiel zusammenhing.

E. Stanmore Bishop: Über Veränderungen im fibromatösen Uterus. Er zeigt an einer größeren Anzahl von Präparaten die Veränderungen, welche sich in der Schleimhaut finden, und zwar hauptsächlich über dem Tumor und in der demselben entgegenliegenden Wand. Die Schleimhaut ist fast verschwunden, wird nur gebildet durch eine einfache Schicht von Epithelzellen, welche direkt dem Muskelgewebe aufliegen. Alles Bindegewebe und alle Drüsen sind vollständig geschwunden. Die Zellen selbst zeigen da, wo kein stärkerer Druck herrscht, Cylinderform, sonst sind sie ganz flach und verkrüppelt.

Die Anwesenheit der Geschwülste im Uterus beeinflussen stets die Schleimhaut. Anfangs besteht Hyperplasie des Endometriums, bei stärkerem Anwachsen und vermehrtem Druck wird die Schleimhaut atrophisch, die Drüsen und ihr Gewebe verschwinden mehr und mehr, das Epithel wird dünner und platter.

Die Arterien zeigen Veränderungen, welche hauptsächlich in einer mehr oder weniger ausgeprägten Hypertrophie der Muscularis bestehen.

Engelmann (Kreuznach).

Neueste Literatur.

6) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. Hft. 4.

1) C. J. Bucura (Wien). Über die Bedeutung des Schüttelfrostes im Wochenbette mit besonderer Berücksichtigung der Pyämie.

Trendelenburg hat bei der von ihm ausgeführten und bei Pyämie empfohlenen Operation (Unterbindung und Ausschaltung der thrombosierten Venen) als Indikation für den Eingriff außer dem palpatorischen Befunde das Auftreten von 2 Schüttelfrösten angegeben. Das Auftreten eines zweiten, schweren Schüttelfrostes sei für Pyämie sehr verdächtig. B. hat nun an dem Materiale der Klinik Chrobak (28758 Geburtsgeschichten) nachgewiesen, daß 2 und mehr Schüttelfröste nicht nur bei Pyämie, sondern öfter noch bei anderen Erkrankungen im Wochenbette (Septhämie, Parametritis, Endometritis, Ulcer. puerp., Placentarresten etc.) vorkommen. Mehr als 5 Schüttelfröste, und zwar 8—29, fanden sich ausschließlich bei Pyämie.

Andererseits verliefen ein Drittel der Fälle, die das klinische oder das Sektionsbild der Pyämie gaben, überhaupt ohne Schüttelfrost.

Die Pyämien mit Schüttelfrost gaben 79%, die ohne Schüttelfrost 60%, beide zusammen 73% Mortalität. Die Prognose verschlechtert sich mit der Anzahl der Schüttelfröste. Auch der Palpationsbefund ist kein sicherer Wegweiser. Bei Septhämie kommt Metrothrombophlebitis ohne Lymphothrombose vor, und wiederum gibt es puerperale Pyämie mit Lymphothrombose ohne Thrombophlebitis.

2) A. Solowij (Lemberg). Zur Kentnis der pathologischen Anatomie der Placenta.

Ein selbst beobachteter Fall von Placentitis fibrosa wird genau histologisch mitgeteilt. Der erkrankte Placentarteil stellte eine tumorartige Verdickung der Placenta dar. Am auffallendsten waren starke Wucherungsvorgänge an sämtlichen 3 Schichten der Gefäßwände (Endo-, Peri- und Mesovaskulitis). Die Intimawucherungen führten stellenweise zur völligen Gefäßobliteration. Außerdem war entzündliche Neubildung von Bindegewebe und Kapillaren und Degeneration am Zottenstroma, am Syncytium und an den Langhans'schen Zellen zu konstatieren. An den Venen waren die Veränderungen nur gering und auf die Intima beschränkt. Durch Vergleich mit den bisher beschriebenen Fällen von gutartigen Placentatumoren (Fibromen, Angiomen, Myxomen) ist S. zu der Überzeugung gekommen, daß die meisten dieser Tumoren nicht Neubildungen, sondern Entzündungsprodukte sind. Auch die als Zottenhyperplasien und weiße Infarkte geschilderten Zustände hält er für placentitische Veränderungen. Infarkte, gutartige Tumoren, Zottenhyperplasien sind nicht verschiedene, sondern die gleichen histogenetischen Prozesse in verschiedener Intensität und höchst wahrscheinlich verschiedene Stufen der Placentitis fibrosa. Ätiologisch scheint den allermeisten Placentarveränderungen Syphilis zugrunde zu liegen. Die Gefäßveränderungen sind bei Syphilis ganz analog und das Fehlen syphilititcher Symptome beweist nichts.

Die Literatur ist eingehend berücksichtigt und verwertet.

3) L. Pincus (Danzig). Das Verhältnis der Atmokausis zur Curettage und ihre Heilfaktoren.

Atmokausis und Zestokausis wirken milder als die Curettage und sind weniger gefährlich. Sie erfordern außerdem keine Nachbehandlung mit Causticis und Adstringentien. Eine Kombination von Atmokausis und Curettage ist im allgemeinen nur im klimakterischen Alter indiziert. Eine zeitliche Trennung der Methoden ist dann ratsam, weil sonst Nachblutungen bei der Schorflösung öfter eintreten.

Die Curettage soll durch die Atmokausis ersetzt werden, wenn sie erfolglos geblieben ist. Ein vielfaches Wiederholen der Auskratzung schafft für die Dampfbehandlung ungünstige Verhältnisse.

Ist in sonst geeigneten Fällen die Atmokausis erfolglos, so liegen polypöse Bildungen im Fundus oder in den Tubenecken vor, die manuell oder durch Curettage zu entfernen sind. Der Zestokauter kann sodann die lokale Verschorfung in diesen Gegenden besorgen. Ist der Uterus durch einseitige abgelaufene Adnexerkrankung schräg gelagert, so wird die entsprechende Tubenecke zuerst mit der Curette oder dem Zestokauter behandelt, bevor die Atmokausis ausgeführt wird. Sonst bleibt eine beabsichtigte Obliteration des Uteruskavum unvollkommen.

Bezüglich der Auseinandersetzungen über die bei der Dampfbehandlung wirksamen Heilfaktoren sei auf das Original verwiesen.

4) Reidhaar (Basel). Beitrag zur Behandlung der puerperalen Sepsis.

Schwere Sepsis durch Streptokokkeninfektion nach manueller Placentarlösung. Vom 3. Tage post partum hohes Fieber (bis 40,2°), Puls von 140—160, Schüttelfröste, Erbrechen, Benommenheit. — 3 subkutane Injektionen von Marmorek-schem Antistreptokokkenserum brachten keine Besserung, eher eine Verschlimmerung. Darauf Silberbehandlung nach Credé: Injektionen von 1%iger Collargollösung zu je 10 g in die Vena cephalica (im ganzen 100 g in 10 Tagen), weiterhin

noch 4 Tage lang Einreibungen von Ungt. collargoli, je 5 g täglich. Remittierende Heilung. Im Blute wurden Streptokokken nachgewiesen. Ohne Collargolbehandlung wäre die Pat. nach Ansicht von R. zugrunde gegangen.

Stoeckel (Bonn).

---

7) Pariser Dissertationen.

1) Tasson. Über das primäre Karzinom des Corpus uteri.

Die primäre krebsige Erkrankung der Korpusschleimhaut ist nach der Ansicht des Verf. viel häufiger als im allgemeinen angenommen wird. Insbesondere in Frankreich wird die Diagnose oft genug überhaupt nicht oder nicht rechtzeitig gestellt, weil man zu wenig Wert auf die diagnostische Erweiterung des Kollum durch Laminariastifte mit sich anschließender Probeaustastung und -ausschabung und histologischer Untersuchung der ausgeschabten Partikel legt. Hauptzweck der Arbeit, welche die deutsche Literatur eingehend berücksichtigt, ist es, die praktischen Ärzte auf dieses wichtige Hilfsmittel der Diagnostik in allen verdächtigen Fällen hinzuweisen. Verf. beschäftigt sich ausführlich mit den technischen Details der mikroskopischen Untersuchung ausgeschabter Geschwulstmassen, nachdem er im Eingange der Arbeit die Differentialdiagnose, soweit sie durch klinische Symptome und bimanuelle Untersuchung erreichbar ist, besprochen und auf das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Myom im Uterus und den gleichzeitig bestehenden Karzinomen in verschiedenen Abschnitten des Genitalapparates derselben Pat. an der Hand zahlreicher Beobachtungen aufmerksam gemacht hat Die ideale Therapie ist die abdominale Toralexstirpation des erkrankten Uterus mit den beiderseitigen Adnexen und allen bei der Operation auffindbaren verdächtigen Drüsen. Die Dauerresultate sind beim Korpuskarzinom schon jetzt befriedigender als beim Krebs der Portio und des Kollum, sie werden noch erheblich bessere werden, wenn durch die Probeausschabung die frühzeitige Diagnose immer häufiger gesichert und damit die Möglichkeit der rechtzeitigen Radikaloperation öfter gegeben wird als dies nach den Mitteilungen des Verf. bisher in Frankreich der Fall war.

2) Johansen. Uterusblutungen bei nicht chronischer Gonorrhoe.

Auf Grund von 20 zum größten Teil selbst beobachteten Fällen der Pozzi'schen Klinik kommt Verf. zu dem Schlusse, daß bei Beurteilung der Blutungen streng zwischen frischer und vorgeschrittener Form der gonorrhoischen Infektion zu unterscheiden sei. Auch im Beginne der Krankheit schon gibt es Menorrhagien sowohl als Metrorrhagien, mit und ohne Schmerzen. Der Tastbefund und der Sondenbefund sind in dieser Zeit fast immer negativ. Die Behandlung bestand wesentlich in Ruhelage, heißen Scheidenausspülungen und sehr vorsichtiger lokaler Behandlung der Cervix mit antiseptischen Mitteln. Intra-uterine Therapie wird verworfen. Vor der Curettage wird mit Recht gewarnt und auf ihre Gefahren aufmerksam gemacht.

3) Gosselin. Zur medikamentösen Behandlung der Metritis und Salpingitis.

Die chronische Metritis und Endometritis soll, ehe chirurgische Eingriffe vorgenommen werden, durch Dilatation der Uterushöhle mit Laminariastiften und 3—4 Tage fortgesetzte Drainage des Cavum uteri mit Guajakol-Glyceringaze (6%) bei Bettruhe und sich nun anschließende, täglich wiederholte Ichthyol-Glycerintamponade des Kollum behandelt werden. Die Erfolge dieser Behandlung waren in der Charité ausgezeichnete, auch wurde dadurch gleichzeitige Heilung der komplizierenden Salpingitis in 90% der Fälle erreicht. Als besondere Vorzüge des Verfahrens werden vom Verf. die Einfachheit seiner Durchführung in der Privatpraxis und seine absolute Gefahrlosigkeit gerühmt.

4) Maubert. Verletzungen des Ureters bei Laparotomien wegen Gebärmutter- und Adnexerkrankungen.

Die Einleitung beschäftigt sich eingehend mit der topographischen Anatomie des Ureters einschließlich der angeboren Verlaufsvarietäten und mit den durch

Geschwülste im Abdomen hervorgerufenen Lageveränderungen des Harnleiters. Verletzungen kamen am häufigsten vor bei Laparotomien wegen Uteruskarzinom, dann bei Myomotomien, ferner besonders bei intraligamentär entwickelten Geschwülsten der Genitalorgane, seltener bei der Operation von entzündlichen Adnexerkrankungen. Nach Art und Lage der Tumoren wechselt auch der Sitz der Verletzung. Diese selbst kann sehr verschiedener Natur sein: unbeabsichtigte Ligatur eines oder beider Harnleiter, seitliche Anreißung und Zerreißung, Durchschneidung und schließlich absichtliche oder unabsichtliche Resektion eines Teiles des Ureters. Von 3 Fällen beiderseitiger Ligatur starb einer kurz nach der Operation, die beiden anderen Kranken wurden durch zweite Laparotomien und Lösung der Ligaturen gerettet. Der Arbeit liegen 61 Fälle von Ureterverletzung bei der Laparotomie zugrunde. Nach Abzug der mit Nephrektomie behandelten Pat. bleiben 41 Fälle plastischer Ureteroperationen, welche Verf. ausführlich mitteilt. Bei 21 Kranken wurde die Vereinigung beider Ureterenden durch die Naht vorgenommen (Anastomose urétéro-urétérale) — in allen Fällen Heilung. Von 20 Fällen, bei denen das zentrale Ureterende in die durch Sectio alta eröffnete Blase eingeheilt wurde (Urétéro-cystonéostomie), heilten 18; 2 Todesfälle fallen der Operation als solcher nicht zur Last. (Ref. kann 2 gleiche, von ihm im II. Bande der »Arbeiten aus der Kgl. Frauenklinik zu Dresden« beschriebene Fälle hinzufügen — in Fall I Heilung, in Fall II mußte nach Mißlingen der plastischen Operation schließlich zur Nephrektomie geschritten werden.) Wird die Ureterverletzung bei der Operation erkannt und ihre Behandlung sofort vorgenommen, so kann meist die direkte Vernähung beider Ureterenden zur Anwendung kommen, für sekundäre Operationen erwies sich die Einheilung des zentralen Ureterstumpfes in die Blase in der Mehrzahl der Beobachtungen als das allein ausführbare und erfolgreiche Verfahren. Ganz unbefriedigende Resultate gibt die Anlegung einer Ureter-Mastdarmfistel. Die Nephrektomie sollte nur dann als ultimum refugium ausgeführt werden, wenn schwere pathologische Veränderungen in der Niere den Erfolg plastischer Operationen aussichtslos und die Wegnahme des erkrankten Organs gleichzeitig wünschenswert erscheinen lassen.

Cassier. Zur Anwendung des Wasserstoffsuperoxyds in der Geburtshilfe.

Wasserstoffsuperoxyd wurde mit gutem Erfolge benutzt bei febrilen, protrahierten Geburten zur Desinfektion der Geburtswege und im Wochenbette zu Uterusausspülungen bei Lochiometra, zu Scheidenausspülungen und zu Umschlägen auf puerperale Geschwüre. Die Gefahr der Luftembolie bei intra-uteriner Anwendung kann nicht geleugnet werden, läßt sich aber durch die auch sonst üblichen Vorsichtsmaßregeln bei der Uterusausspülung sehr einschränken. Auch im übrigen sind schädigende Einwirkungen des H_2O_2 auf den Organismus, selbst bei längerem Gebrauche, nicht zur Beobachtung gekommen, sofern ein vollständig reines Präparat benutzt wurde. Das Mittel wird als »allgemeines Antiseptikum« bezeichnet; Vorzüge vor unseren bekannten und erprobten Desinfektionsmitteln lassen sich aus den beigefügten Krankengeschichten nicht feststellen.

Buschbeck (Dresden).

Verschiedenes.

8) **F. Neugebauer** (Warschau). Interessante Beobachtungen aus dem Gebiete des Scheinzwittertums.

(Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen 1902. Hft. 4.)

N. hat bisher 33 Scheinzwitter selbst untersucht und mit seinem bekannten Sammeleifer 820 derartige Fälle aus der Literatur zusammengesucht. In der vorliegenden Arbeit bespricht er zunächst die neuerdings bekannt gewordenen Fälle von Koincidenz des Scheinzwittertums mit krankhaftem Seelenzustand, weiterhin 4 Fälle von Selbstmordversuch resp. Selbstmord bei Scheinzwittern. Der nächste

Abschnitt enthält 7 Fälle von Ehen bei Homosexualität der Gatten. In einer weiteren Zusammenstellung werden die Fälle beschrieben, wo die Feststellung eines »Erreur de sexe« der Verheiratung eines männlichen Scheinzwitters als Mädchen zuvorkam oder hätte zuvorkommen sollen. Das nächste Kapitel behandelt Beobachtungen von Scheinzwittertum, wo Mädchen, um andere Mädchen heiraten zu können, die behördliche Zuerkennung männlicher Rechte verlangten, und wo als Mädchen erzogene männliche Scheinzwitter spontan die Erreur de sexe erkannten. Weiterhin werden die männlichen, irrtümlich als Mädchen erzogenen Scheinzwitter beschrieben, die sich der Prostitution ergaben, so wie diejenigen Scheinzwitter, die mit den kirchlichen, juridischen, polizeilichen Behörden in Kollision kamen. Im Anschluß daran werden zwei Fälle geschildert, wo an einem als Mädchen erzogenen Scheinzwitter ein Verbrechen begangen wurde, das ohne »Erreur de sexe« nicht stattgehabt hätte. Den namentlich in gerichtlich-medizinischer und psychiatrischer Hinsicht sehr interessanten Zusammenstellungen ist eine Anzahl zum Teil recht guter Abbildungen beigefügt. **Stoeckel** (Bonn.)

9) v. **Krafft-Ebing** (Graz). Psychosis menstrualis. Eine klinisch-forensische Studie.

Stuttgart, **Ferdinand Enke**, 1902.

v. K.-E. will mit dieser Monographie die Aufmerksamkeit des Hausarztes und des Gynäkologen auf eine Reihe von Psychoneurosen lenken, weil er von ihrer Mithilfe Günstiges für die Beeinflussung der Pat. erwartet, andererseits der Mitteilung der allseitigen Erfahrungen über die einzelnen Formen für notwendig hält. Der schon im normalen Organismus mächtige Einfluß des Unwohlseins, d. h. der Ovulation, mit den Begleiterscheinungen (Fluxion, Menstruation, innere Sekretion) auf das Gemütsleben der Frau steigert sich bei pathologischer Veranlagung durch hereditäre oder erworbene Belastung zu schweren psychoneurotischen Reaktionen.

So kommt es bei erblich belasteten jungen Mädchen aus verzögerter oder unterbrochener menstrualer Entwicklung zur sog. »menstrualen Entwicklungspsychose«. Augenscheinlich ist dieselbe an die eintretende Ovulation gebunden, äußert sich in 2 bis 10, ja 13 Anfällen als depressives oder manisches Zustandsbild (wechselnd in den einzelnen Anfällen und bei demselben Individuum), und ist meist von guter Prognose. Die Heilung vollzieht sich beim regelmäßigen Eintritt der Menses in einem förmlichen Aufblühen der ganzen Person. Hegar sah bei schwer belasteten, imbecillen Individuen ein Fortschreiten dieser Psychose zu degenerativen, unheilbaren Formen.

Am besten beobachtet und für den Gynäkologen wichtiger ist die sog. Ovulationspsychose. Sie zeigt sich bei erblich belasteten oder neurasthenisch-hysterischen Personen, veranlaßt durch irgend einen psychischen Chok meist prä- oder menstrual (selten postmenstrual), und äußert sich oftmals als transitorische, ängstliche Verwirrtheit. Für v. K.-E. ist ein solcher Anfall das Äquivalent einer bestehenden Hysterie oder Hysteroepilepsie und als solches von symptomatischer Bedeutung. Ein einmaliges Auftreten ist selten. Meist leitet der Anfall die rezidivierende, periodische Ovulationspsychose ein. Jede Ovulation, auch im amenorrhoischen (präpubischen und klimakterischen) Stadium, kann Veranlassung zum Ausbruch dieser Psychose werden. Sie sistiert aber in der Gravidität und nach dem Erlöschen der Ovarialsekretion. v. K.-E. kennt 54 gut beobachtete Fälle. In allen war hereditäre Belastung oder erworbene Disposition (meist beide) vorhanden. Psychischer Chok, Affekte oder Exzesse gaben das auslösende Moment. Er faßt die einzelnen Anfälle als vasomotorische Reflexe des pathologisch reizbaren, psychischen Organs auf im Sinne der Wallungshyperämie bezw. -Anämie. Dem entsprechen Bilder von höchster maniakalischer Erregung bis zur tiefsten Depression (Manie, Folie raisonnante, Melancholie, Stupor). Im allgemeinen herrscht also das Bild der Psychoneurose vor, der aber einige Züge degenerativen Irreseins anhaften (Bewußtseinstrübung, Desorientierung, amnestische Lücken). Der Ausbruch und Abfall ist meist brüsk. Selten geht eine ängstliche Emotion oder

Depression mit fluxionären Wallungen voraus. Ihre Dauer beträgt 5 Tage bis zu 2 Wochen und darüber. 3mal beobachtete man dabei Dipsomanie, öfters bei den degenerativen Formen Taedium vitae mit Suicidversuchen. Die Therapie, die im Anfall — rein symptomatisch — sich auf Sedativa (Brom!), Hypnotika, Bäder und Einpackungen beschränkt, sucht im freien Intervall durch Regelung der Lebensverhältnisse (körperliche und seelische Diätetik, tonisierende Behandlung, speziell durch dauernden Bromgebrauch) einzugreifen. In allen Fällen, welche nicht degenerativ ausarten, muß man auf Genesung hoffen. Eventuell ist die Kastration in Frage zu ziehen! Gravidität verfristet nur; schwere akute Infektionskrankheiten, wie der Typhus, sind erfahrungsgemäß von gutem Einfluß.

Relativ selten ist endlich die Form der sog. cyklischen, epochalen Menstruationspsychose, welche als psychopathische Kurve die von Goodmann zuerst beobachteten, psychologischen Lebenswellen des Weibes zwischen den einzelnen Menses begleitet, als manischer Zustand prämenstruell einsetzt, sich bis zur Tobsucht auf der Höhe der Periodenwelle steigert und mit der fallenden Menstruation in Depression und Melancholie übergeht. Der Umschlag der konträren Zustandsbilder vollzieht sich in dem intermenstruellen Intervall in schweren Fällen brüsk an einem kritischen Tage.

Diese Psychosenformen haben forensische Bedeutung. Sie führen nicht selten durch Verwirrung zu feindlicher Reaktion gegen die Außenwelt oder verbinden sich mit Zwangsvorstellungen, so daß Verbrechen (Diebstahl, Brandstiftung, Mord auch an sonst geliebten Personen) begangen werden, für welche die Schuldfrage bei der fehlenden geistigen Integrität verneint werden muß. Daher verlangt v. K.-E. bei weiblichen Verbrechern die Feststellung, ob das Verbrechen zur Zeit der Menses begangen wurde und im Bejahungsfalle die Untersuchung der Delinquentin auf das Vorhandensein von etwaigen menstrualen Psychosen. Natürlich gehören dann diese Kranken, wenn sie auch vor dem Gesetz straflos ausgehen, als allgemeingefährlich in Irrenanstalten zur Einleitung der durchaus nicht aussichtslosen Therapie. **Kroemer** (Gießen).

10) **Lewinsohn.** Hämatocele retro-uterina. Ein Beitrag zur Ätiologie und Therapie.

Inaug.-Diss., München, 1901.

L. gibt zunächst einen Überblick über die wechselnden Anschauungen von dem Wesen der Hämatocele retro-uterina seit Nélaton's grundlegender Arbeit (1850). Er betont gegenüber Fritsch, daß die Hämatocele nicht »stets« durch Extra-uterin-Gravidität, sondern im allgemeinen durch Blutungen aus einem Abschnitt des Genitaltraktus bedingt sei. Schließlich ist sie durch die Pelveoperitonitis haemorrhagica Virchow's verursacht. Von den in der Arbeit besonders behandelten 11 Fällen von retro-uteriner Hämatokele aus der Klinik v. Winckel's waren nur 4 = 36% die Folge einer Extra-uterin-Gravidität. Die Häufigkeit der Hämatokele nach v. Winckel beträgt 0,5%, nach Olshausen 4% aller gynäkologischen Kranken. Entgegen der operativen Therapie anderer Autoren befolgt v. Winckel ein streng abwartendes Verhalten unter Bettruhe, Eisblase. Verordnung von Opiaten und Ergotin; später wird die Resorption angeregt durch Hydrotherapie und Jod-Ichthyol-Glycerinmedikation. Gleichzeitige roborierende Diät, Eisen, Arsen. Wie aus der angeführten Kasuistik noch besonders hervorgehoben wird, hat v. Winckel keinen Fall von Haematocele retro-uterina verloren. **Kroemer** (Gießen).

11) **K. Günther.** Über operative Sterilisation durch Tubenresektion.

Inaug.-Diss., Berlin, 1901.

Die Frage nach der Berechtigung sterilisierender Operationen ist nicht durch Aufstellung allgemeiner Regeln zu erledigen. Vielmehr muß sie von Fall zu Fall am besten von einem Ärztekollegium entschieden werden. Die Mißerfolge nach den alten unvollkommenen Operationen (einfache Tubenunterbindung oder Tubenunterbindung und -Durchschneidung) haben durch die Tierversuche L. Fränkel's

ihre Erklärung gefunden. Diese Mißerfolge können vermieden werden durch die Neumann-Rose'sche Keilexzision der uterinen Tubenwinkel mit Verschluß und Übernähung beider Wundflächen. Diese Operation ist immerhin eingreifend genug und nicht ungefährlich (Blumberg). Daher sollte sie niemals aus relativer Indikation allein vorgenommen werden, d. h. bei sozialen oder persönlichen Mißverhältnissen, auch nicht bei chronischen Leiden allein, wie bei Phthise, chronischer Nephritis und Herzfehlern, um eine event. nur mögliche Gravidität auszuschalten. Sind aber schwere operative Eingriffe, welche den Zugang zu den Tuben freilegen, an sich schon indiziert, so muß die Sterilisation aus absoluter Indikation (natürlich nur mit Einverständnis beider Ehegatten) angeschlossen werden, wenn eine sonst mit Sicherheit zu erwartende Gravidität das Operationsresultat und die Gesundheit der Operierten schwer schädigen würde. So machte Strassmann 5mal die sterilisierende Keilexzision als Nebenoperation: »1mal bei absolut indiziertem Kaiserschnitt«, »1mal bei der Radikaloperation einer 4mal durch Gravidität rezidivierten Abdominalhernie«, »1mal bei doppelseitiger Leistenhernie und Scheidensenkung«, »2mal bei Prolapsoperationen im präklimakterischen Alter!«

Kroemer (Gießen).

12) **Peters** (Dresden). Die operative Behandlung der Retroflexio uteri.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden.)

Bei den mangelhaften Erfolgen der Pessarbehandlung (Dauerheilung 16—17%), ihrer langen Dauer und ihren sonstigen Übelständen neigt Verf. zu möglichst frühzeitiger operativer Behandlung. Vorbedingung ist ein frei beweglicher Uterus. Unter 127 Retroflexionsoperationen in $4^1/_2$ Jahren machte P. 59mal die Ventrovesicofixatio uteri nach Werth, 9mal die Bode'sche Verkürzung der Ligg. rot. von der Bauchhöhle aus, 5mal die Ventrifixur nach Olshausen, 3mal die Vaginaefixatio (diese 2mal bei Klimakterischen und einmal bei einer IXpara, bei der er gleichzeitig neben einer Kolporrhaphie eine beiderseitige Tubenresektion zwecks Sterilisation ausführte) und 51mal die Alexander-Adams'sche Operation. Gerade für die letztere tritt P. lebhaft ein und verbreitet sich eingehend über Technik, Anatomie und Geschichte derselben. Er macht eine 5 cm lange Inzision vom Tuberculum pubicum an, parallel zum Lig. Poup. und 2 cm oberhalb desselben; er spaltet den Leistenkanal 3 cm weit; fixiert den zentralen Bandstumpf mit 3—4 Katgutknopfnähten, von denen er die erste durch den vorderen Rand des Lig. Poup., Lig. rot., Musc. obliquus und Fascie legt, während er im weiteren den Kanal nach Bassini schließt, wobei das Band durch 2—3 Nähte an die Muskulatur und den hinteren Rand des Lig. Poup. befestigt wird; er beendigt gewöhnlich erst eine Seite; p. op. legt P. kein Pessar ein, läßt die Pat. nach 12—14 Tagen aufstehen und rät Urinretention zu vermeiden. Dauer der Operation: $^1/_2$ Stunde. Die erste Übung verschaffe man sich bei mageren Individuen! Von 102 Inguinalwunden sah Verf. bei unkomplizierten Verhältnissen nur einmal einen Nahtabsceß. Entstellende Narben und Narbenschmerzen sind etwas ganz Außergewöhnliches. Nach 2jähriger Beobachtungsdauer fehlt jegliches Rezidiv, desgleichen Hernienbildung. Die Entwicklung der Lig. rot. ist nach Verf. stets eine solche, daß sie die Durchführbarkeit der Operation verbürgt, und zwar zwischen 18 und 53 Jahren. Mißerfolgen im Auffinden der Bänder liegt mangelnde Orientierungsfähigkeit auf diesem dem Gynäkologen unbekannteren Gebiete zugrunde. In 39 Fällen wurden andere Operationen (Curettagen, Abortausräumungen, Plastiken, Kollumamputationen etc.) angeschlossen. Das Resultat war stets anteponierte und elevierte Lage des Uterus mit guter Beweglichkeit. Die Kontraindikationen bestehen in: sehr festen Fixationen des Uterus, Verwachsungen mit Netz oder Darm, Tubargravidität, septischen Prozessen. Mit Lanz sieht Verf. im Alexander-Adams das Normalverfahren bei der Behandlung beweglicher Retrodeviationen.

Bruno Bosse (Chemnitz).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 9. Sonnabend, den 28. Februar. 1903.

Inhalt.

I.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig. Direktor: Geheimrat Zweifel.)

Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der Uterusruptur.

Von

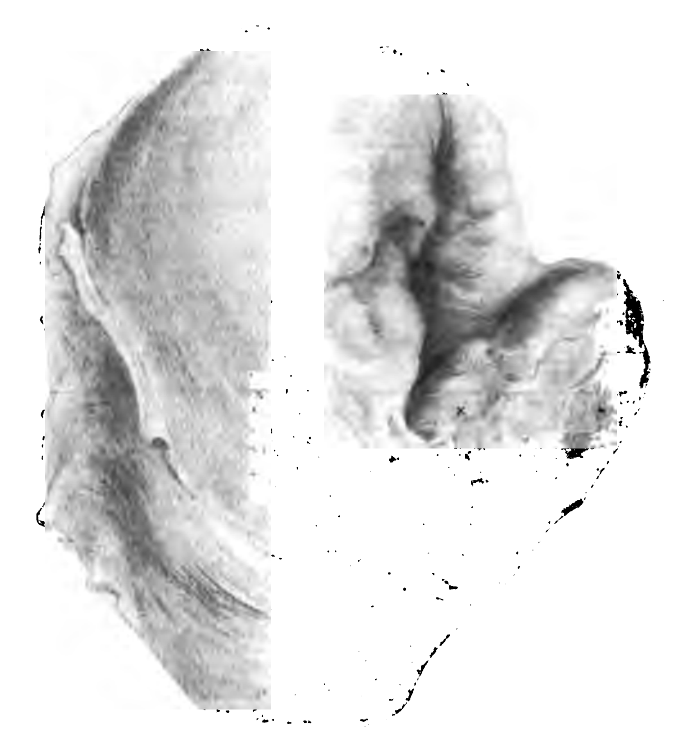
Privatdozent Dr. **H. Füth.**

Die Pat., von der in nachfolgenden Zeilen die Rede ist, gab bereits Herrn Dr. Backhaus vor 2 Jahren in einer Sitzung der hiesigen Gesellschaft für Geburtshilfe Anlaß zu einer kurzen Demonstration[1]. Sie war damals als 24jährige Erstgebärende in die Klinik aufgenommen, weil trotz 3tägiger Wehentätigkeit der Kopf nicht ins Becken hatte eintreten wollen, und es ergab sich als Geburtshindernis ein im kleinen Becken fest eingekeiltes Dermoidkystom des linken Ovarium, an welches man nach Eröffnung der Bauchhöhle neben dem Uterus vorbei nicht hatte herankommen können. Erst mußte durch Sectio caesarea in der Mitte der vorderen Wand das Kind entfernt werden, worauf die Schnittwunde sofort exakt vernäht wurde. Dann erst ließ sich die tief im kleinen Becken sitzende Geschwulst entwickeln. Nach Abtragung derselben wurde dann vor Schluß der

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1901. p. 763.

Bauchhöhle das Netz über die Uterusnaht herübergezogen und am unteren Winkel derselben befestigt. Pat. befand sich nach der Entlassung ganz wohl, sie wurde zum zweiten Male schwanger und fand als Kreißende August 1901 wiederum in der Klinik Aufnahme, und diesmal wurde wegen kompletter Uterusruptur eine zweite Laparotomie notwendig.

Letztere war der Anamnese nach 40 Stunden vor Ausführung der Operation eingetreten, von der Hebamme aber nicht bemerkt worden. Bedrohliche Erscheinungen stellten sich erst 34 Stunden später ein in Form von Erbrechen, Fieber und leichtem Verfall der Gesichtszüge. Durch den für 2 Finger gut durchgängigen



Muttermund kam man in den leeren Uterus und nach links oben aus demselben durch einen breit klaffenden Spalt in die Bauchhöhle. Nach Eröffnung derselben fand ich dann das ganz unversehrte Ei zwischen den Darmschlingen liegen, d. h. die Placenta mit den unverletzten Eihäuten und Fruchtwasser und Fötus darin. Es platzten die zarten Eihäute beim Vorwälzen des ganzen Präparates und, was sehr bedauerlich ist, die Placenta wurde von unkundiger Hand bei Seite geschafft und ließ sich später nicht mehr finden. In der Bauchhöhle fand sich ferner ziemlich reichliches, teils geronnenes, teils flüssiges Blut, und am Uterus zeigte sich nach dem Hervorholen desselben, entsprechend dem Tastbefunde per vaginam, ein handtellergroßer, weit klaffender Krater, von dessen Form obenstehende Vorderansicht des gehärteten Präparates besser als jede Beschreibung eine Vorstellung gibt[2]. Die Mittellinie war bei der Operation deutlich gekennzeichnet

[2] Damit man einen besseren Einblick in die Ausdehnung des Risses erhält, ist das Präparat so gezeichnet, daß der Fundus und die linke Hälfte des Uterus hervortreten, während der cervicale Anteil und die rechte Hälfte zurückweichen.

durch Netzadhäsionen (s. o. Befestigung des Netzes auf der Nahtlinie bei der 1. Operation), die gelöst wurden und deren geschrumpfte Reste am gehärteten Präparate als flache Erhebungen zu sehen sowie auf der Zeichnung als Streifen wiedergegeben sind. An dem links der Mittellinie ganz außer deren Bereich liegenden großen Loche bemerkt man deutlich dessen umgeworfene Ränder, deren dunkle (am gehärteten Präparate braunrote) Färbung auch in der Zeichnung scharf gegen den wie ausgenagt aussehenden glatten, serösen Überzug absticht. Diese Ränder, stark zerfetzt, erwiesen sich bei Betastung des festkontrahierten Uterus in situ als außerordentlich starr und selbst am gehärteten Präparat klaffen die in der Frontalebene am weitesten voneinander entfernten Randstellen der Serosa immer noch etwa $7^1/_2$ cm. Dieselben ließen sich deshalb nur mit großer Spannung einander nähern, ein Aneinanderlegen und Aneinanderpassen derselben war ganz unmöglich[3]. Deshalb mußte ich davon Abstand nehmen, das von Herrn Geheimrat Zweifel inaugurierte Verfahren der Behandlung der kompletten Uterusrupturen (durch einfache Vernähung der Serosa allein wird aus der kompletten Ruptur eine inkomplette hergestellt[4]) anzuwenden. Die weitere Überlegung, daß das Innere des Uterus bereits infiziert sei, sowie daß schon über 40 Stunden eine Kommunikation zwischen der Bauchhöhle und der Vagina bestand, führte mich dann dazu, unter Zurücklassung des rechten unveränderten Ovariums supravaginal zu amputieren und das Peritoneum durch den Cervicalkanal zu drainieren. Dies Verfahren war, wenn man nach dem Erfolge urteilen darf, das richtige. Allerdings war die ersten 3 Tage das Allgemeinbefinden sehr schlecht, Puls und Temperatur sehr hoch, es bestand Erbrechen. Aber zahlreiche Injektionen von Kampfer, Klysmata mit und ohne Wein oder Cognac, Darreichung von starkem Kaffee hielten die Pat. über Wasser. Vom 4. Tage an ging es besser und weiterhin nahm die Rekonvalesszenz einen günstigen Verlauf, so daß die Pat. zur Zeit blühend und gesund ist. Bei der Untersuchung per vaginam fühlt man den kleinen Stumpf der Portio. Das rechte Ovarium ist nicht zu tasten. Irgend eine Resistenz oder Schmerzempfindlichkeit besteht nicht.

Ich habe den Uterus an einer ganzen Reihe von Stellen einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterworfen und kann das Ergebnis kurz dahin zusammenfassen, daß einmal an den elastischen Fasern sich nichts Auffallendes nachweisen ließ, ebenso wenig an den Muskelzellen. Von besonderem Interesse war weiterhin das Verhalten der Stelle, an der beim Kaiserschnitt die Inzision gemacht war. Ich schicke voraus, daß in hießiger Klinik wie überall nach Vorwälzen des Uterus unter Berücksichtigung der Tubenecken genau die Mittellinie festgestellt und in dieser der Schnitt geführt wird und erinnere daran, daß nach der ersten Laparotomie das Netz über die Nahtlinie herübergezogen und an ihrem unteren Winkel befestigt

---

[3] In der gleichen Lage befand sich N. N. Phänomenoff, der in einem von Kriwski beschriebenen Falle die Rißstelle in der vorderen Wand des Halses — »der große Diameter der Ruptur in zusammengefallenem Zustande nicht kleiner als 7 cm« — so stark zerfetzt fand, daß er den Gedanken, die Ruptur zu nähen aufgab und sich zur Amputation des Uterus sowie zur Drainage nach der Scheide hin entschloß; die Pat. genas. Vgl. Kriwski, Zur Kasuistik einer wiederholten Ruptur. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1902. Bd. XV. p. 9.

[4] Vgl. seinen Vortrag über die Grundsätze bei der Behandlung der Uterusruptur in der Oktobersitzung 1902 der Leipziger Gesellschaft für Geburtshilfe. Dieses Zentralblatt 1902 p. 1412. Der Vortrag erscheint ausführlich in Hegar's Beiträgen zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VII. Hft. 1. Fall 3 ist der dieser Abhandlung zu Grunde liegende. Daselbst noch mehr klinische Einzelheiten.

wurde, sowie daß bei der zweiten Operation hier Netzadhäsionen gelöst werden mußten. Demgemäß ist die in der Zeichnung deutlich sichtbare, genau in der Mitte sich hinziehende Linie als Stelle der Sectio caesarea anzusprechen und zahlreiche, die ganze Wand durchsetzende Schnitte ergaben, daß hier nicht, wie es in Kaiserschnittnarben beobachtet wurde, nur das Peritoneum den Abschluß gegen die Bauchhöhle bildete[5], sondern daß eine Vereinigung der ganzen Wandschicht erfolgt war. Auch mikroskopisch ließ sich hier etwas Bemerkenswertes nicht erkennen. Besonders eingehend untersuchte ich dann die Ränder des Risses. Entsprechend der Ausdehnung der Schattierung auf der Zeichnung fehlte der seröse Überzug und der Muskulatur war eine stark hämorrhagisch veränderte Schicht aufgelagert, bestehend aus Deciduazellen, untermischt mit roten Blutkörperchen, Fibrinstreifen, Leukocyten; dazwischen wieder große Blutlakunen, sowie vereinzelte ausgezogene Drüsenlumina mit flachem Epithel. An einer einzigen Stelle — sie lag auf der vorderen Wand mehr nach der linken Uteruskante zu und ist auf der Abbildung mit x bezeichnet — konnte ich ein Konvolut von Zotten inmitten der Muskulatur nachweisen. Dieselben sind anscheinend ganz normal, haben einen einreihigen Zellbesatz, und wie man an aufeinanderfolgenden Schnitten erkennen kann, dringen sie von der freien Fläche des Schnittes bis ziemlich tief in die Muskulatur in der Richtung nach der Außenwand des Uterus vor. Die Muskelfasern in der Umgebung sind teils durch kleinzellige Infiltration stark auseinandergedrängt, teils durch große blasige Zellen mit gut gefärbtem, rundem Kern.

Wenn ich weiterhin der Frage näher treten soll, wodurch in diesem Falle die Uterusruptur zustande gekommen ist, so muß ich betonen, daß ein Geburtshindernis bei der Kreißenden nicht bestand. Das Becken ist nicht verengt (Spinae $24^1/_2$, Cristae $27^1/_2$, Troch. 32, Conj. diag. 20) und das Kind war nicht zu groß (52 cm, 3200 g), der Geburtskanal war nicht, wie bei der ersten Entbindung, verlegt. Trotzdem kam es zur Berstung des Uterus und nach dem Sitze des Risses wäre da wohl zuerst die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, daß eine tubo-uterine Schwangerschaft vorlag, über welche sich Mercier eingehend verbreitete[6].

Es handelt sich in solchen Fällen wahrscheinlich um eine anfangs tubointerstitielle Schwangerschaft, die dann nach Dilatation des Ostium uterinum eine tubo-uterine wird. Wenn dann die Grenze der Dehnungsfähigkeit des zum Placentarsitz gewordenen Uterusabschnittes erreicht ist, kommt es zu einem Platzen

---

[5] Daß dann an einer solchen dünnen Stelle bei einer späteren Entbindung eine Spontanruptur erfolgt, ist nicht weiter auffallend. Vgl. Everke, Über Kaiserschnitt II. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1901. Bd. XIV. p. 637. Everke erlebte selbst solch einen Fall.

[6] Über Spontanrupturen des graviden Uterus und ihre Beziehungen zur tubouterinen Schwangerschaft. Thèse de Paris 1898. Ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1899. p. 1322.

der Wand und Ei sowie Placenta treten in die Bauchhöhle. Dementsprechend saß der Riß in den von Mercier gesammelten 28 Fällen in der Höhe des Uteruswinkels und erstreckte sich bisweilen auf die vordere und hintere Wand. Stets ging er in die Placentarstelle hinein und in $^2/_3$ der Fälle befand sich die Ruptur an der Stelle des Placentarsitzes. Die Form war in der Regel eine lineäre und das Platzen erfolgte meist gegen Ende der Schwangerschaft, ohne daß Wehen vorausgegangen waren. In unserem Falle trat die Ruptur erst während der Eröffnungsperiode auf. Doch würde das wohl nicht gegen die Möglichkeit einer tubouterinen Schwangerschaft sprechen, eher wohl der Umstand, daß das linke Ovarium und die linke Tube bei der ersten Laparotomie abgetragen waren. Dabei blieb zwar der interstitielle Teil der Tube noch erhalten, allein es hat wohl etwas Gezwungenes anzunehmen, daß das vom rechten Ovarium kommende Ei aus der rechten Tube quer durch den Fundus nach dem linken Tubenstumpf zu gewandert sei.

Mir erscheint deshalb die Annahme einer tubo-uterinen Schwangerschaft mit Platzen der Wand an der Placentarstelle nicht sehr wahrscheinlich. Immerhin kann man sie nicht mit der Sicherheit ausschließen wie die Annahme, daß etwa die Ruptur in der alten Kaiserschnittnarbe erfolgt sei.

Daß ich an deren Stelle etwas Besonderes nicht finden konnte, kann nicht dagegen sprechen. Denn die Heilung der Muskelwunden bleibt zwar in der Regel unvollkommen und erfolgt mit Narbenbildung[7]. Die entstandene Narbe kann aber bei einfachen und reinen Schnittwunden so unbedeutend sein, daß man nach 3—4 Wochen die Stelle der Verletzung kaum noch aufzufinden vermag. Beim puerperalen Uterus kommt dazu, daß sich bei Rückbildung des Organes die Narbe verschiebt.

Eher wäre daran zu denken, daß es bei der ersten Entbindung, bei der trotz langer Wehentätigkeit der Kopf nicht tiefer treten konnte, zu partiellen Zerreißungen in der Uterusmuskulatur kam, daß diese mit Bildung von Narben heilte und letztere bei der zweiten Entbindung nachgegeben hätten.

Denn es ist, wie Peham[8] äußert, eine durch sämtliche zahlreiche Berichte über eine größere Anzahl von Uterusrupturen hinlänglich bewiesene Tatsache, daß mehrgebärende Frauen zu Rupturen prädisponiert erscheinen. Man erkläre dies einmal damit, daß der bei schweren Geburten übermäßig gedehnte untere Gebärmutterabschnitt sich mangelhaft involviere und so bei der nächsten Entbindung rasch wieder dünn werde, oder aber es treffe die Ansicht von H. W. Freund zu, der die Prädisposition Mehrgebärender hauptsächlich auf frühere »unvollständige Zerreißungen des später dauernd atrophisch bleibenden Segmentes« beziehe.

In solchen Fällen beginnen aber die Rupturen immer tief im unteren rein passiv gedehnten Abschnitte des Uterus, d. h. an typischer Stelle, während hier die Muskulatur im Bereiche der linken Tubenecke, an atypischer Stelle geplatzt ist. Allerdings bezeichnet Woyer[9] die Tubarecken ganz allgemein als Partien,

---

[7] Marchand, Der Prozeß der Wundheilung mit Einschluß der Transplantation. Stuttgart, F. Enke, 1901. p. 292.

[8] Über Uterusruptur in Narben. Dieses Zentralblatt 1902. p. 87.

[9] Ein Fall von Spontanruptur des schwangeren Uterus in der alten Kaiserschnittnarbe. Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. VI. 1897. p. 192.

wo die Uterusmuskulatur schon normalerweise verdünnt erscheine und wo es zu blasiger Vorwölbung und auch zur Berstung der Wand sogar schon im Verlaufe der Schwangerschaft kommen könne. Doch sind die Fälle, in denen dies sich ereignete, zu wenig untersucht (Alexandroff), sonst würde sich wahrscheinlich für sie dasselbe ergeben haben, was Olshausen und Hofmeier über die Uterusrupturen während der Geburt äußerten, daß zu ihrer Entstehung mechanische Verhältnisse an sich noch nicht ausreichend sind, sondern daß noch pathologische Veränderungen der Uteruswand vorliegen müssen, welche in jedem Falle das prädisponierende Moment für das Zustandekommen der Ruptur ausmachen und (v. Franqué[10]) die am häufigsten an der Cervix und unterem Uterinsegment vorkommen.

Das stimmt sofort für einen genau untersuchten Fall Alexandroff's[11]. Es handelte sich in demselben um eine Einreißung an der vorderen Wand, welche etwas abseits von dem linken Tubenwinkel ihren Anfang genommen hatte, dann bis zur Mitte des Fundus ging und sich ein wenig an der vorderen Wand herabsenkte. Aus dem Riß ragt in Form eines gestielten Pilzhutes die Placenta heraus, die mit ihrer Basis der Uterinschleimhaut fest adhäriert, während sie mit der übrigen Masse die entstandene Öffnung vollkommen verdeckt. Auch hier konnte von einem Vernähen des gerissenen Uterus keine Rede sein, da die Ränder der Ruptur stark umgebogen und im Vergleich mit der übrigen Muskelwand des Uterus bedeutend verdünnt waren. Bei der Untersuchung der Partie, an der makroskopisch am meisten Fetzen an der Uteruswand sichtbar waren, zeigte sich, daß Zotten mit scharf abgegrenztem Syncytium tief in das Muskelgewebe hineinragten, wobei zwischen letzterem und den Zotten nirgendwo Deciduazellen zu sehen waren. Ferner verliefen zwischen den einzelnen Muskelfasergruppen deutliche Bindegewebsstränge, bald in größerer, bald in geringerer Menge, und es erschien Alexandroff nicht zweifelhaft, daß ein Hineinwachsen der Zotten in das Muskelgewebe und eine Wucherung des interstitiellen Bindegewebes vorlag. Er schließt weiter, daß die Placenta an der Rupturstelle nicht nur befestigt, sondern verwachsen war und verweist auf ähnliche Bilder von Neumann und Leopold, welche aus dem Fehlen der Serotina auf eine Verwachsung der Placenta schlossen.

In Anbetracht der Tatsache der Ruptur setzt Alexandroff diesen Befund von Zotten innerhalb der Muskulatur mit Recht in Parallele mit den neueren Ansichten über die Ursachen der Tubenruptur. Man darf aber nicht vergessen, daß nach Ruge's[12] Untersuchungen unter normalen Bedingungen und Verhältnissen eine Einwanderung von fötalen Bestandteilen in das Gewebe und in die Gefäße der Mutter statthat, daß also unter gewöhnlichen Verhältnissen die Mutter lokal (serotinal) und generell von kindlichen Zellen und

---

[10] v. Franqué, Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin Bd. II. Hft. 1. p. 12.

[11] Ein Fall von Uterusruptur während der Schwangerschaft. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. Bd. XII. p. 447.

[12] Über die menschliche Placentation. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1898. Bd. XXXIX. p. 586.

Zellhaufen durchseucht werde. Unter pathologischen Verhältnissen sehe man exzessive Wucherung des Ektoderms und der syncytialen Massen, sehe man Arrosion der Gefäße durch fötale Bestandteile. Bei kleinen und dick bleibenden Placenten, wo deutlich eine Endometritis decidua bestehe, wüchsen die Zotten selbst ganz durch den Teil der Placenta, der als materner bezeichnet werde, hindurch; sogar bis 1 cm weit wüchsen scheinbar normale Zotten in die Gefäße, bis in die der Muskulatur hinein. In Rücksicht auf diese Ausführungen Ruge's muß man es um so mehr bedauern, daß die Placenta in vorliegendem Falle nicht mehr untersucht werden konnte. Immerhin aber glaube ich wegen der Tatsache der Ruptur, daß in demselben eine pathologische Insertion der Placenta vorgelegen hat. Dieselbe ist, wie Ruge weiter ausführt, abhängig von entzündlichen Veränderungen in der Uterusschleimhaut, und die Annahme von solchen liegt a priori schon sehr nahe; denn es war bei der ersten Operation das Fruchtwasser stinkend und in den ersten Tagen nach denselben bestanden hohe Temperatursteigerungen.

Die Entstehung der Ruptur selber hat man sich so vorzustellen (v. Franqué, l. c. p. 13), daß das veränderte Gewebe im Fundus der Zugkraft der zwischen ihm und den unteren Uterusabschnitten gelegenen Muskulatur weniger Widerstand entgegensetzt, als diese letzteren, es zerreißt eher, als diese sich zum Durchtrittsschlauch erweitern, oder schon erweitert, ihrerseits zerreißen.

II.

(Aus der I. Univ.-Frauenklinik, Hofrat Schauta.)

Über die Haftung des Eies an atypischem Orte[1].

Von

Dr. F. Hitschmann, und Dr. O. Th. Lindenthal,

Assistent d. Klinik Hofrat Schauta. Assistent d. Frauenabteilung Prof. Lott.

Dank den Arbeiten der letzten Jahre kennen wir heute wenigtens einen Teil der Veränderungen, die sich an Uterus und Ei unmittelbar nach der Implantation abspielen; das, was diesen Veränderungen vorausgeht, was sich am Eichen während seiner Wanderung vom Orte der Befruchtung bis zum Orte der Nidation abspielt und was speziell die Haftung an einem bestimmten Orte herbeiführt, ist uns für das menschliche Ei noch vollkommen in Dunkel gehüllt.

Ist diese Lücke in unserem Wissen schon beim Sitz der Schwangerschaft am normalen Orte fühlbar, so wird sie es umsomehr noch bei Haftung des Eichens an pathologischer Stelle. Es hat zwar auch die Anatomie der ektopischen Gravidität in den letzten Jahren eine solche Bereicherung, zum Teil Richtigstellung erfahren, daß auch

[1] Vortrag in der morph.-biol. Gesellschaft in Wien am 20. Januar 1903.

auf diesem Gebiete ein wesentlicher Fortschritt zu konstatieren ist; aber ganz unberührt von diesem Fortschritte auf anatomischem Gebiete blieb die Ätiologie.

Die Ursache hierfür liegt vielleicht darin, daß, wie früher immer, auch jetzt noch einseitig der eine Faktor — der mütterliche Haftboden — zum Gegenstand des Studiums gemacht wurde, während der andere, nicht minder wichtige — das menschliche Eichen — entweder gar nicht berücksichtigt oder nur so nebensächlich betrachtet wurde, daß ein Fortschritt hierdurch nicht erzielt wurde.

Es ist dies ja auch nicht zu verwundern; der mütterliche Haftboden kann durch Operation gewonnen oder der Leiche entnommen in Hunderten von Fällen der Untersuchung zugeführt werden; das Eichen entzieht sich aber bis zum Momente der Haftung gänzlich der Beobachtung.

Wenn man bedenkt, daß das unbefruchtete menschliche Eichen bisher nur in einem einzigen Falle überhaupt auf seiner Wanderung durch den Genitaltrakt angetroffen wurde, so ist wohl die Aussicht, eine ganze Reihe von solchen Beobachtungen am befruchteten Ei zu erlangen, wie sie zur Erkenntnis gewisser gesetzmäßiger Vorgänge notwendig wäre, eine so minimale, daß mit derselben nach menschlicher Voraussicht überhaupt nicht zu rechnen ist.

Diese Reihe von Beobachtungen, die also beim Menschen nicht zu erwarten ist, weil sie nur auf dem Wege des Experimentes erbracht werden kann, liegt beim Tiere Dank der mühevollen Arbeiten einiger ausgezeichneter Forscher bereits vor.

Diese Arbeiten lehren uns Vorgänge kennen von solcher Zweckmäßigkeit und Gesetzmäßigkeit, daß sie wohl schwerlich nur für einzelne Tierspezies Geltung haben werden, sondern vermutlich allgemeinere biologische Bedeutung besitzen dürften.

Es liegt daher der Gedanke nahe, die beim Tiere gewonnenen Erfahrungen, wenn auch mit gewisser Reserve, auf den Menschen zu übertragen, und zwar umso näher, als das Studium unter anderen auch an einer Tiergattung angestellt wurde, welche sehr große Analogien in der Placentation mit der des Menschen besitzt, am Meerschweinchen.

Wir brauchen ja bloß daran zu erinnern, daß das Eindringen des befruchteten Eichens in die Schleimhaut des Uterus zuerst von Graf Spee beim Meerschweinchen gefunden, dann von v. Herff auf den Menschen hypothetisch übertragen und schließlich von Peters bestätigt wurde.

Wir sind leider nicht in der glücklichen Lage, selbst über Tatsachen berichten zu können, welche eine weitere Analogie bestätigen könnten; es erscheint uns aber erlaubt, einstweilen auch nur Gedanken mitteilen zu dürfen, welche sich uns beim Studium der tierischen Placentation aufgedrängt haben, weil dieselben vielleicht bei der Beurteilung von klinischen Beobachtungen und anatomischen Präparaten in der Zukunft einen gewissen Wert haben könnten.

Bereits aus der älteren Literatur wissen wir durch Bischoff (1842), daß das Ei des Kaninchens in der Nähe des Ovariums befruchtet wird, dann die Tube durchwandert und nach 3 Tagen, am Anfang des 4. Tages in den Uterus gelangt, und daß ähnliche Verhältnisse beim Meerschweinchen vorliegen. Reichert bestätigte diese Vorgänge für das Meerschweinchen, van Beneden und Hensen für das Kaninchen, eine Reihe von Forschern ermittelte ähnliche Verhältnisse bei anderen Tierspezies, und in letzter Zeit konnten Graf Spee beim Meerschweinchen, Sobotta, Burckhardt und d'Erchia bei der Maus die Zeiten der Wanderung des befruchteten Eies mit solcher Sicherheit bestimmen, daß wir heute nicht nur nahezu auf die Stunde genau wissen, wie lange das in der Nähe des Ovariums befruchtete Ei des Meerschweinchens, Kaninchens und der Maus bedarf zur Durchwanderung der Tube, sondern daß wir auch nahezu bestimmt den Ort bezeichnen können, an welchem sich jeweilig das Ei bei bekannter Befruchtungszeit befinden muß.

Dies sind jedoch nicht die einzigen Errungenschaften der mühseligen und zeitraubenden Untersuchungen der genannten Forscher an einem außerordentlich großen Versuchsmaterial, sondern wir wissen auch heute, was für Veränderungen während der Wanderung des Eies sich in demselben abspielen.

Wir wissen, daß in dieser Zeit die ersten Vorgänge, welche zur Bildung des neuen Individuums notwendig sind, ablaufen, wir kennen diese Vorgänge und können die einzelnen Stadien derselben während der Wanderung so verfolgen, daß wir auch annähernd das Entwicklungsstadium bezeichnen können, welches den einzelnen Etappen der Wanderung resp. den Zeiten nach der Befruchtung entspricht; wir erwähnen nur aus der Arbeit Sobotta's, daß das Ei der Maus ca. 50 Stunden nach der Befruchtung 4, nach 60 Stunden 8 und nach 72 Stunden 16 Furchungskugeln aufweist und zu dieser Zeit auf seiner Wanderung im uterinen Teile der Tube angelangt ist.

In Verfolgung dieser Zustände — Wanderung und Eireifung — haben wir nun gelernt, daß das Ei der untersuchten Tierspezies eine Verbindung mit dem Muttergewebe erst nach einer gewissen Zeit und nach Erreichung eines gewissen Entwicklungsstadiums eingeht, und speziell beim Meerschweinchen und bei der Maus sind die hier uns zunächst interressierenden Vorgänge vor und während der Haftung des Eies so erschöpfend studiert, daß wir sie als Tatsache acceptieren müssen.

Aus den Untersuchungen des Grafen Spee ergibt sich, daß das Ei des Meerschweinchens, umhüllt von der Zona pellucida und mit noch anhaftenden Zellen des Discus proligerus, die Tube durchwandert; auf dieser Wanderung werden die Zellen des Discus abgestreift und das nunmehr nur noch von der Zona pellucida umhüllte Eichen gelangt am 6. Tage nach dem Belegen in den Uterus, woselbst es einige Zeit, ungefähr 6—8 Stunden frei im Lumen liegen bleibt, bevor es mit dem Uterusepithel in Kontakt tritt.

Während dieser langen Zeit von nahezu 7 Tagen (eine Fehlergrenze von 6 Stunden muß angenommen werden, da sich die Zeit zwischen Belegung und Befruchtung natürlich nicht genau bestimmen läßt) nimmt das Ei an Größe nicht zu, obgleich innerhalb der Zona pellucida Teilungsvorgänge sich abgespielt haben.

Wenn das Ei mit dem Epithel des Uterus in Kontakt tritt, verstreicht nur mehr eine kurze Zeit, 4—8 Stunden, während welcher dasselbe in das Bindegewebe des Uterus völlig hineingelangt ist.

Ganz ähnliche Vorgänge spielen sich nach Sobotta und Burckhardt bei der Maus ab.

Auch hier verliert das Ei auf der Wanderung in der Tube die Zellen des Discus proligerus, nur geht hier auch bereits die Zona pellucida zugrunde, nachdem das Ei das Stadium der achtzelligen Furchung überschritten hat. Erst dann, wenn die Furchung zu 25 Zellen vorgeschritten ist, d. i. ca. 80 Stunden nach der Befruchtung, gelangt das Ei in den Uterus; es ist ebenfalls nicht gewachsen und liegt ebenfalls mehrere Stunden vor der Haftung frei im Uteruslumen. Hier findet sowohl beim Meerschweinchen wie bei der Maus eine weitere Furchung statt und aus dem Umstande, daß das Ei sich, trotzdem es im Bereiche seines Haftortes angelangt ist, nicht implantiert, könnte man vielleicht den Schluß ziehen, daß entweder das Ei oder die Schleimhaut zur Haftung noch nicht fähig sind.

An der Schleimhaut scheint die Ursache nicht zu liegen, wie wir später zeigen werden, diese spielt eine ganz passive Rolle, also am Ei.

Über diesen Punkt nun geben die Befunde des Grafen Spee (die er auf den Menschen übertragen will) einigen Aufschluß. Unmittelbar vor der Festsetzung des Eies an der Uteruswand bildet dasselbe eine noch von der Zona pellucida umschlossene ovale Keimblase; in diesem' Entwicklungsstadium ist die Keimhaut zum Teil bereits mehrschichtig und bildet an einem der beiden Pole einen in die Höhle der Keimblase hervorragenden Wulst (Hensen's Keimhügel, Graf Spee's Placentarpol). Am anderen Eipol ist die Keimhaut einschichtig, die Zellen jedoch kubisch (Gegenpol, Implantationspol). Es ist jedoch am Ei noch kein Merkmal der bevorstehenden Verbindung mit dem Muttergewebe zu bemerken, erst etwas später treiben die erwähnten kubischen Zellen des Implantationspoles Fortsätze ihres Zell-Leibes durch die noch erhaltene Zona, welche nach Spee möglicherweise die erste Fixierung behufs Einpflanzung des Eies in die Uteruswand einleiten.

In sehr kurzer Zeit, wie gesagt, höchstens 8 Stunden, dringt nun das Ei in die Tiefe der Schleimhaut ein, wobei das Uterusepithel lokal soweit schwindet, als es mit dem Ei in Kontakt kommt.

Ein ähnliches Schwinden des Epithels findet bei der Haftung des Eies der Maus nach Burckhardt statt.

Wir wollen hier nicht die Frage erörtern, ob dieser Schwund

des Epithels die Folge eines biochemischen Prozesses ist, wie zu vermuten wäre, oder nicht; uns interessiert hier nur, daß dieser Schwund des Epithels erst dann eintritt, wenn das Ei in einem gewissen Entwicklungsstadium sich dem Uterusepithel anlegt und können daraus ersehen, daß von der Befruchtung bis zur Haftung eine für verschiedene Tierspezies wohl verschiedene, aber wie aus vielen Beobachtungen hervorgeht, für die Art bestehende Zeit verstreicht, vor welcher Zeit eine Haftung nicht erfolgt, obgleich das Ei bereits im Bereiche seines Haftortes angelangt ist; und wir wissen durch die genannten Forscher, daß beim Meerschweinchen und auch bei der Maus das Ei sich im Momente der Haftung in einem stets annähernd gleichen Entwicklungsstadium befindet.

Derartige Frühstadien der Entwicklung sind beim Menschen bisher nicht beobachtet worden und werden vermutlich auch in der nächsten Zeit nicht zur Beobachtung gelangen; wir möchten aber den Gedanken nicht unterdrücken, daß, wenn die Art der Einbettung beim Menschen analog ist der beim Meerschweinchen, auch die Vorgänge vor der Implantation eine gewisse Analogie aufweisen könnten.

Aus den Beobachtungen beim Meerschweinchen und bei der Maus könnte man nach dem Gesagten vielleicht den Schluß ziehen, daß zur Implantation eine gewisse Entwicklung des befruchteten Eies notwendig ist, welche während der Wanderung des Eies vom Infundibulum der Tube bis zum Uterus in einer bestimmten, gesetzmäßigen Zeit erfolgt.

Diese Tatsache, welche es uns ermöglicht, mit der Uhr in der Hand nach erfolgter Begattung die verschiedenen Stadien der Entwicklung und Einbettung und den zurückgelegten Weg des befruchteten Eies zu verfolgen, beruht zweifellos auf einem Naturgesetze, welches nicht nur für einzelne Spezies der Säugetiere Geltung haben dürfte. Deshalb halten wir es auch nicht für gänzlich von der Hand zu weisen, daß ähnliche Vorgänge beim Menschen statthaben könnten.

Wenn wir in Übereinstimmung mit der herrschenden Lehre annehmen, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Befruchtung beim Menschen in gleicher Weise wie bei den erwähnten Tierspezies im ampullären Teil der Tube in der Nähe des Ovarium erfolgt, so könnte von hier aus das Ei durch die Tube in den Uterus, in einer uns allerdings unbekannten Zeit wandern; während dieser Wanderung könnten sich die ersten Entwicklungsvorgänge abspielen; erfolgen diese, sowie die Wanderung nach vermutlich auch für den Menschen bestehenden Gesetzen in physiologischer Weise, dann würde sich das Ei in dem Stadium seiner Entwicklung, welches es zur Implantation befähigt, und welches wir kurz »Haftstadium« nennen wollen, im Uterus befinden, denn hier ist der normale Ort der Einbettung.

Wenn die Wanderung durch später zu erwähnende Momente so verzögert, oder der zurückzulegende Weg so verlängert wäre, daß das Ei das Haftstadium seiner Entwicklung bereits erreicht hätte, bevor

*

es in die Uterushöhle gelangt ist, dann wäre vielleicht die Möglichkeit der Haftung in der Tube gegeben; wenn die Wanderung so beschleunigt wäre, daß das Haftstadium erst in den unteren Partien des Uterus erreicht würde, dann könnte man die Haftung in den tieferen Abschnitten des Uteruscavum für möglich halten, wenn daselbst, wie auch in den ersteren Fällen, die notwendigen Bedingungen zur Implantation vorhanden sind.

Zu der bisher von der Mehrzahl der Autoren in Erwägung gezogenen Fähigkeit des mütterlichen Gewebes, in Ovarium, Tube und Cervix einen Haftboden für das befruchtete Ei zu finden, würde ein wichtiger Faktor hinzukommen, nämlich der, an welchem Orte das Ei während seiner Wanderung sich in jenem Entwicklungsstadium befindet, in welchem es fähig ist zu haften, ein Faktor, welcher bisher nur von Sippel einer eingehenden Beachtung gewürdigt worden ist.

Es erscheint nicht unmöglich, daß an dieser Stelle auch tatsächlich die Haftung erfolgt, gleichgültig, ob der Ort hierfür mehr oder minder geeignet ist.

Diese Annahme könnte eine Stütze finden in Untersuchungen der letzten Jahre über die Haftstelle des Eies bei Mensch und Tier.

Wir kommen hier auf die eingangs kurz erwähnte Fähigkeit der Schleimhaut, einen Haftort für das Ei abzugeben, zurück.

Nachdem zuerst die Untersuchung des weiblichen Genitaltraktes gezeigt hatte, das im ganzen Bereiche desselben, nämlich im Peritoneum, Ovarium, Tube und Cervix Decidua gebildet werden kann, förderte das Studium der Tubargravidität die heute allgemein anerkannte Tatsache zu Tage, daß in der Tube gerade an der Nidationsstelle eine Decidua in der Regel fehlt.

Will man nun von dieser Stelle als von einem pathologischen Ort keinen Schluß ziehen, so zeigen die Publikationen von Siegenbek van Heukelom, Merttens, Leopold, Gottschalk, sowie zwei eigene Beobachtungen beim Menschen im Zusammenhalt mit den Befunden des Grafen Spee beim Meerschweinchen und Sobotta und Burckhardt bei der Maus in überzeugender Weise, daß auch bei intra-uteriner Gravidität zur Zeit der Implantation des Eies die Schleimhaut noch nicht decidual verändert war, noch weniger also vorher.

Ohne hier diesbezüglich auf Details einzugehen, folgt aus den eben citierten Untersuchungen, daß die Decidua sich erst bildet, wenn das Ei mit der Schleimhaut in Kontakt getreten ist und nicht bereits unmittelbar nach der Befruchtung und ferner, daß die Deciduabildung zuerst rein lokal in der unmittelbaren Umgebung des in die Schleimhaut eingesenkten Eies beginnt und sich von hier aus allmählich erst weiterhin erstreckt, wenn sie nicht überhaupt, wie in der Tube, in vielen Fällen ausbleibt.

Auf Grund dieser neueren Kenntnisse also glauben wir die Vermutung äußern zu dürfen, daß für den Ort der Haftung die

Schleimhaut allein, insbesondere ihre Fähigkeit, Decidua zu bilden, nicht ausschlaggebend sein dürfte, daß vielmehr dem Ei bei der Haftung eine wesentliche Rolle zukommen dürfte, wie dies Sippel bereits mehrfach betont, Hofmeier, Kossmann, Küstner, Martin u. a. gelegentlich erwähnt haben.

Hervorheben möchten wir nur, daß wir bei dem Gesagten ausschließlich die Haftung allein gemeint haben, durch welche ja die dauernde Ernährung des Eies nicht gesichert ist. Diese hängt dann vielmehr von weiteren Umständen ab, die wir hier nicht weiter berühren wollen.

Wir haben früher dem Gedanken Raum gegeben, daß es in gleicher Weise wie beim Tier auch beim Menschen eine Gesetzmäßigkeit in der Wanderung und Entwicklung des Eies geben könnte.

Aus einer ganzen Reihe von Untersuchungen, von welchen wir als zuletzt und mit besonders geeigneten Hilfsmitteln ausgeführt nur die von Holzapfel erwähnen wollen, wissen wir nun, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle der Placentarsitz und somit wohl auch die Haftstelle des menschlichen Eies in der oberen Uterushälfte unterhalb des Fundus uteri gelegen ist; es erscheint uns erlaubt, diese Tatsache mit der herrschenden Anschauung vom Orte der Imprägnation in Einklang zu bringen.

Glauben wir doch annehmen zu dürfen, daß in all den Fällen, in welchen der Haftort ein gleicher ist, auch der Ausgangspunkt der Wanderung des befruchteten Eies vermutlich ein gleicher sein könnte.

Bekanntlich findet zum Zwecke der Imprägnation ein Entgegenwandern von Samen und Ei statt und besteht daher die Möglichkeit des Zusammentreffens in jedem Punkte zwischen Scheide und Ovarium. Abhängig ist dieser Ort von einer ganzen Reihe von Umständen, als deren wichtigster vielleicht derjenige erscheint, ob die männliche oder weibliche Samenzelle früher im Genitaltrakt vorhanden war, d. h. welche von den beiden Zellen ihre Wanderung früher begonnen hat; alle Varietäten dieses anscheinend einfachen, in Wirklichkeit aber vermutlich komplizierten Mechanismus können wir natürlich nicht erschöpfen, so z. B. die verschiedene Geschwindigkeit der Fortbewegung des Samens und des Eies, die verschiedenen Widerstände, die sich der Wanderung am Wege entgegenstellen etc.

Wir wollen nur das uns am wichtigsten erscheinende dieser Momente in den Bereich unserer Erwägungen ziehen, nämlich die Frage erörtern, welche die Physiologen schon seit langer Zeit beschäftigt; wartet das Ei auf den befruchtenden Samen oder erwartet der Samen die Ausstoßung des zu befruchtenden Eies, weil wir uns durch Beantwortung dieser Frage einen Schluß auf den Ort der Imprägnation erlauben können.

Daß in dem Momente, in welchem der Samen in die Nähe des Ovariums käme, von diesem sich ein Ei loslöst, ist ja wohl auch

möglich, aber für eine große Zahl von Fällen wohl nur schwer anzunehmen.

Die erste der genannten Möglichkeiten, daß nämlich das Ei den Samen in der Nähe des Ovariums erwartet, möchten wir aus folgenden Erwägungen für nicht sehr wahrscheinlich halten.

Schon im Jahre 1845 konnte Bischoff den bedeutungsvollen Nachweis erbringen, daß beim Hunde zur Zeit der Brunst Eier in den Eileiter gelangen, gleichgültig, ob eine Befruchtung stattgefunden hatte oder nicht. Diese Tatsache konnte später für eine Reihe von Tierspezies ebenfalls sichergestellt werden, und der bekannte Fall Hyrtl's bestätigt diese Erfahrung auch für den Menschen.

Alle diese Beobachtungen, sowie die Versuche beim Tiere beweisen, daß korpuskuläre Elemente wie eben das Ei oder Versuchsobjekte (Eiterkörperchen, Tuschkörnchen, Askarideneier) nicht am Ovarium ruhig liegen bleiben.

Entweder funktioniert der Aufnahmeapparat, der das Ei in die Tube überführt und funktioniert der Apparat, der die Fortbewegung des Eies in der Tube besorgt, dann beginnt vermutlich unmittelbar nach der Ausstoßung des Eies aus dem Eierstock die Wanderung; funktionieren die genannten Kräfte nicht, dann kann wohl eine normale intra-uterine Gravidität überhaupt nicht zustande kommen, denn es ist wohl mehr als unwahrscheinlich, daß das Ei die Fähigkeit zur Wanderung erst durch die Befruchtung erhalten sollte, wenn es dieselbe vorher nicht gehabt hat; die Angabe amöboider Bewegungen des befruchteten Eies ist ja vorerst noch durch nichts bewiesen.

Aus dem eben Gesagten glauben wir annehmen zu dürfen, daß es nicht sehr wahrscheinlich erscheint, daß das unbefruchtete Ei den Samen am Ovarium erwarten kann.

Leichter denkbar wäre es aber, daß der Samen, dessen Lebensfähigkeit auf viele Tage hinaus durch die Befunde von Hausmann, Percy, Bossi und Dührssen und dessen Wanderung zum Ovarium durch zahlreiche Beobachtungen beim Tiere und durch Befunde in der menschlichen Tube von Dührssen und Birch-Hirschfeld ja sichergestellt ist, die Ausstoßung des Eies am Ovarium in gewissem Sinne erwartet. Wir meinen hiermit nicht, daß einzelne der Spermatozoen ruhig am Ovarium liegen bleiben; aber bei der enormen Menge von Samen, welcher in die Scheide deponiert wird, können ja tagelang, wie Strassmann sagt, frische Spermatozoen zum Ovarium nachrücken, so daß sehr leicht zur Zeit, wo ein Ei aus dem Eierstock sich loslöst, ein befruchtender Samenfaden daselbst vorhanden sein könnte.

Diese Erwägungen lassen uns daran denken, daß wohl in der größten Zahl der Fälle die in der letzten Zeit von Strassmann vertretene Ansicht von der Imprägnation in der Nähe des Ovarium, im Infundibulum der Tube, am meisten Wahrscheinlichkeit haben könnte — eine Wahrscheinlichkeit, welche aus den Analogien mit den verschiedensten Säugetierarten eine weitere Begründung erfahren dürfte.

Sollte nun der Ort der Imprägnation im Infundibulum der Tube, sowie der Haftort des Eies in der oberen Hälfte des Uterus für die Mehrzahl der normalen Fälle, mit einiger Wahrscheinlichkeit sichergestellt sein, dann hätten wir ein weiteres Moment, welches die Annahme einer gesetzmäßigen Wanderung und Entwicklung des Eies stützen, und welches die Relation der Befruchtung und Haftung am physiologischen Ort wahrscheinlich machen könnte.

Halten wir die erwähnte Gesetzmäßigkeit für den Menschen im Bereiche der Möglichkeit, so wäre es denkbar, daß bei der gegenseitigen Abhängigkeit der Orte der Imprägnation und Haftung die Verlegung des ersteren auch eine solche des letzteren zur Folge haben könnte; wenn sich also der Ort der Imprägnation ändern würde, indem er entweder ober- oder unterhalb des Infundibulum der Tube verrückt wird, dann könnte vielleicht auch die Haftstelle ober- oder unterhalb des normalen Implantationsortes (in der oberen Hälfte des Uterus) sich verschieben.

Die erstere Möglichkeit hat in der Literatur durch Sippel bereits Würdigung gefunden. Sippel nimmt an, daß gelegentlich in Fällen der heute zweifellos sichergestellten äußeren Überwanderung das Ei in der Bauchhöhle befruchtet wird. Er schreibt: ».... Es beginnt sofort seine Umwandlung. Bis es in das Tubenostium der anderen Seite gelangt, vergeht soviel Zeit, daß das Ovulum in seiner Umwandlung bereits jenen Entwicklungsgrad erlangt hat, der einmal seine Oberfläche rauh macht und somit sein Weitergleiten erschwert und der ihm ferner die Eigenschaft gibt, einen spezifischen Reiz auf die Tubenschleimhaut auszuüben, welcher vom befruchteten Ei ausgehend dieselbe anregt, ihre Umwandlung in deciduales Gewebe durchzumachen. Es ist nicht die Tubenschleimhaut, welche aus sich heraus zur Decidua wird — es ist das in Entwicklung begriffene Ei, welches durch den Kontakt seiner aktiv tätigen Zellen den Reiz dazu abgibt.«

Und an einer anderen Stelle sagt Sippel: »Die Zeitdifferenz« — bis zum Hineingelangen des in der Bauchhöhle befruchteten Eies in das Infundibulum der anderen Seite — »genügt, um das Ei in seiner nach der Befruchtung alsbald eintretenden Entwicklung soweit zu fördern, daß es schon in der Tube jene Reife erreicht hat, die es befähigt, durch seine spezifische Einwirkung Decidualbildung anzuregen und seine Implantation zu ermöglichen«.

Diese präzise Äußerung Sippel's deckt sich nun, mit Ausnahme der mehr nebensächlichen Annahme von der Notwendigkeit der Deciduabildung für die Eihaftung, fast vollkommen mit unseren Anschauungen und ist, wie wir meinen, durch die an früherer Stelle erwähnten Untersuchungen des Grafen Spee, durch Analogie mit den Vorgängen bei der Haftung des Meerschweincheneies mit der des Menscheneies, in den Bereich der Möglichkeit gerückt. Wenn also die Befruchtung des Eies nicht am physiologischen Ort, sondern weiter oben noch in der Bauchhöhle statt-

findet, würden wir es mit Sippel für möglich halten, daß das Haftstadium der Entwicklung bereits am Ovarium selbst oder in der Tube, also oberhalb der normalen Haftstelle erreicht werden und somit an diesen Orten auch die Haftung erfolgen könnte.

Die zweite Möglichkeit wäre die, daß die Imprägnation unterhalb der Ampulle der Tube erfolgen könnte, und zwar dann, wenn das unbefruchtete Ei seine Wanderung gegen den Uterus hin bereits begonnen und ein Stück des Weges bereits zurückgelegt haben würde, bevor es mit dem befruchtenden Samen zusammentrifft. In einem solchen Falle wäre es denkbar, daß das Ei das Haftstadium seiner Entwicklung in der Zeit noch nicht erreicht hätte, in welcher es den normalen Haftort in der oberen Uterushälfte passiert und könnte somit erst an einer tieferen Stelle der Uterushöhle zur Haftung kommen; und würde die Imprägnation erst nach sehr weit vorgeschrittener Wanderung des unbefruchteten Eies stattfinden, dann könnte sich das Ei, bis es sein Haftstadium erreicht hat, bereits in den tieferen Partien der Cervix oder sogar in der Scheide befinden, wo eine Haftung überhaupt nicht mehr erfolgen könnte; es müßte dann das Ovulum, obwohl befruchtet, zugrunde gehen.

Erwähnen wir den einzigen beim Menschen bekannten Fall von Hyrtl, wo sich das unbefruchtete Ei bereits im uterinen Anteil der Tube befand, so wäre nach unseren Ausführungen die Annahme möglich, daß, wenn es an diesem Punkte befruchtet und dann weiter gegen die Scheide zu gewandert wäre, sein Haftstadium — nach vermutlich mehreren Tagen — nicht mehr in der oberen Uterushälfte, sondern viel tiefer unten erst erreicht worden wäre, vielleicht überhaupt nicht mehr, solange es noch in der Uterushöhle befindlich gewesen wäre.

Die beiden eben erwähnten Möglichkeiten sind jedoch nicht die einzigen, welche die Haftung an abnormer Stelle, d. i. zu hoch bei ektopischer Gravidität, zu tief bei Placenta praevia, veranlassen könnte; alle bisher in der Frage der Ätiologie dieser beiden Erkrankungen angeführten Ursachen könnten vielleicht allein oder mit diesen gleichzeitig eine ähnliche Änderung des Haftortes bedingen.

Zunächst könnte denselben Effekt haben die verzögerte oder beschleunigte Wanderung des Eies; wir wissen allerdings bisher nichts Positives über die Momente, welche diese Wanderung oder richtiger wohl die passive Fortbewegung des Eies beeinflussen. Aller Wahrscheinlichkeit nach kommt für dieselbe in Betracht die Peristaltik der Tube, die Flimmerung des Tuben- und Ulterusepithels und der Flüssigkeitsstrom, welcher, durch diese Flimmerung angeregt, vom Ovarium gegen die Cervix hin bestehen soll.

Daß diese Momente durch alle jene Befunde, welche einzelne Untersucher in speziellen Fällen beschrieben und verantwortlich gemacht haben, beeinflußt werden, kann wohl nicht in Abrede gestellt

werden; sehr leicht verständlich wäre dies besonders bei der verzögerten Wanderung des Eies.

In erster Linie mechanische Verhältnisse ließen eine solche wohl verstehen; wir wollen diese hier nicht ausführlich besprechen, nur erwähnen, daß durch solche, wie das ja bereits vielfach angenommen wird, das befruchtete Ei entweder an einem Punkte festgehalten oder seine Wanderung so verlangsamt wird, daß das Ei sein Haftstadium bereits am pathologischen Orte vor Erreichung der Uterushöhle erlangen könnte.

Etwas schwerer verständlich würde die beschleunigte Wanderung des Eies erscheinen, weil die eine solche veranlassenden Ursachen anatomisch nicht festzustellen sind; theoretisch wäre jedenfalls vermehrte Peristaltik der Tuben oder heftigere Flimmerung des Epithels und dadurch veranlaßte Beschleunigung des Flüssigkeitsstromes denkbar. Beim Tiere liegen bereits Beobachtungen vor, welche eine solche Annahme rechtfertigen könnten.

Sobotta beschreibt, daß das Ei der Maus, wie bereits erwähnt, in der Regel 80 Stunden nach der Befruchtung in den Uterus eintritt und zu dieser Zeit 25 Furchungskugeln aufweist; die Zona pellucida geht in der Regel bereits in der Tube verloren, wenn das Ei das Stadium von 8 Furchungskugeln überschritten und das von 16 Furchungskugeln erreicht hat.

Ausnahmsweise fand er nun Eier, welche im Stadium von 16 bis 18 Furchungskugeln, entsprechend dem noch nicht erreichten Haftstadium frei in der Uterushöhle lagen. Er wäre denkbar, daß diese Eier, welche wegen der erst zu 16—18 Zellen vorgeschrittenen Teilung sich in einem jüngeren als dem Haftstadium der Entwicklung befanden, schneller gewandert waren als dies der Norm entspricht, da das gleich frühe Entwicklungsstadium ja sonst in der Regel bereits in der Tube erreicht wird; möglich allerdings wäre es aber auch, daß diese Eier nicht am gewöhnlichen Ort in der Nähe des Ovarium, sondern bereits auf der Wanderung in der Tube befruchtet wurden.

Welches von diesen Momenten hier mitgespielt haben könnte, können wir natürlich nicht entscheiden. Jedenfalls kommt es wenigstens bei der Maus vor, daß ausnahmsweise Eier vor dem erreichten Haftstadium bereits in die Uterushöhle gelangen; würden dieselben ihre passive Wanderung gegen die Scheide fortsetzen, so wäre es denkbar, daß eine Implantation erst unterhalb der normalen Haftstelle stattfinden würde; viele von ihnen würden sich vielleicht zur Zeit, wo sie ihre Haftfähigkeit erlangt haben würden, nicht mehr im Uterus befinden und dann in der Scheide zugrunde gehen.

Wie viel von dem, was wir in Vorstehendem von den gut studierten Tierarten Maus und Meerschweinchen gesagt haben, auf den Menschen zu übertragen erlaubt wäre, dazu werden vielleicht in der Zukunft einzelne Beobachtungen Anhaltspunkte ergeben, jedenfalls glauben wir die allerdings bereits vor Jahren gemachte Äuße-

rung Martin's und Fritsch's unterstützen zu können, daß man bisher zu Unrecht im Haftboden selbst das urächliche Moment für die perverse Einbettung des Eies gesucht hat.

Außer Sippel hat noch Kossmann eine eigene Theorie für diese aufgestellt, welche bisher nur von Küstner acceptiert wurde.

Kossmann hat nämlich in Analogie mit der von Selenka beim Affen angeblich nachgewiesenen Klebrigkeit des Eies zur Zeit der Einbettung die Vermutung ausgesprochen, daß das Ei diese Klebrigkeit von vornherein besitze, sie jedoch normalerweise nicht zur Geltung bringen könne, da es durch den Zellmantel des Discus oophorus gehindert werde, in der Tube anzukleben; diese Möglichkeit komme erst in Betracht, wenn die Zellen des Discus auf der Wanderung des Eies durch die Tube abgestreift werden.

»Man könnte denken, daß, wenn diese Zellen des Discus von Hause aus fehlen, die Klebrigkeit des Eies in unvorteilhafter Weise vorzeitig in der Tube zur Geltung käme und man könnte denken, daß in der Ernährung schwer beeinträchtigte, also entzündete Follikel Eiern ohne ihren Zellmantel den Austritt aus dem Eierstock gestatten.«

Ebenfalls auf pathologische Verhältnisse des jugendlichen Eichens stützt sich die Theorie Hofmeier's, welcher annimmt, daß entweder infolge schnelleren Wachstums des Eies ein Durchtreten desselben durch den engen Teil der Tube nicht mehr möglich ist oder daß durch die schneller eintretenden Veränderungen an der Außenfläche des Ovulums (Bildung von Zöttchen und einer plasmatischen Schicht um das Ei herum) sehr viel leichter eine Verbindung mit der Oberfläche der Schleimhaut bereits in der Tube herbeigeführt werden könne.

Wir können dem Gedanken nicht Raum geben, daß Eier, welche bereits so kurze Zeit nach Verlassen des Eierstockes pathologische Veränderungen, wie Fehlen des Discus proligerus oder exzessives Wachstum im Sinne Hofmeier's aufweisen sollten, überhaupt eine Schwangerschaft zur Folge haben sollten; jedenfalls halten wir eine derartige Vermutung jetzt, wo wir über die Physiologie des jugendlichen menschlichen Eies noch so in Unwissenheit sind, für zu gewagt, umsomehr als derartige Analogien aus der tierischen Placentation bisher nicht vorliegen. Allenfalls halten wir die Möglichkeit im Auge, daß eine schneller oder langsamer verlaufende Furchung des Eies von Einfluß auf die Haftung sein könnte.

Es hat viele Jahre erfordert, bis die Mehrzahl der Forscher sich dahin geeinigt haben, daß auch eine ektopische Gravidität sich nur in gesundem Gebiete der Tube entwickeln kann; wir möchten es vermeiden, daß jetzt, wo man dem zweiten und wie wir glauben wichtigeren Faktor, dem Ei erhöhte Aufmerksamkeit schenkt, auch hier die doch näher liegenden physiologischen Verhältnisse zu Gunsten der Pathologie des Eies in den Hintergrund gedrängt werden.

Zum Schlusse möchten wir noch einmal betonen, daß unsere

Ausführungen nichts Anderes sind als Gedanken, welche sich uns bei der Lektüre der verschiedenen Arbeiten der letzten Jahre über die Vorgänge bei der tierischen Placentation aufgedrängt haben.

Wir haben es für erlaubt gehalten, diese vorzubringen, weil es doch nicht von der Hand zu weisen ist, daß dieselben vielleicht bei der Beurteilung kommender Beobachtungen in einer oder der anderen Richtung von gewissem Werte sein könnten.

III.

(Aus der kgl. geburtshilflichen Schule in Mailand unter der Leitung des Prof. Dr. L. Mangiagalli.)

Beitrag zum Studium der tubaren Zwillingsschwangerschaften in derselben Tube.

Von

Dr. Ersilio Ferroni,

I. Assistent und Privatdozent.

Der seltene Fall tubarer Zwillingsschwangerschaft hat auch ein großes Interesse für die Frage der wiederholten ektopischen Schwangerschaft und für die Ätiologie.

A. P., 32 Jahre alt, bisher gesund; erste Menstruation im 14. Jahre, regelmäßig; die letzte vor 3 Monaten; in den letzten Zeiten atypische Blutungen. Sieben normale Schwangerschaften und Geburten, die letzte vor einem Jahre mit schwach fieberhaftem Wochenbett und Schmerzen im linken unteren Quadranten. Nach etwas über einen Monat fortbestandener Amenorrhoe fing Pat. an über intermittierende (jeden 2.—3. Tag), kurz dauernde ($^1/_2$—1 Stunde), nach den Lenden und Oberschenkel ausstrahlende Schmerzen zu klagen. Sowohl vor, als auch während und nach dem Schmerzanfall ziemlich reichliche Blutungen, die auch zwischen einem Anfall und dem nächstfolgenden anhielten.

Die allgemeine Untersuchung ergab nichts Abnormes mit Ausnahme eines schwachen systolischen Geräusches an der Mitralis. Geringe Albuminspuren im Harn. Bauch eingesunken, dünne Bauchdecken, schwaches Fettpolster, alte Schwangerschaftsnarben, kein Ödem, keine Bauchgeschwulst; Druckempfindlichkeit links. Äußere Genitalien und Harnröhre gesund. Portio vaginalis der Cervix normal, schief nach links gerichtet; Uteruskörper etwas größer als in der Norm, leicht nach rechts geneigt, beweglich, schmerzhaft. Im Douglas längliche, hühnereigroße, elastische, dunkel fluktuierende Geschwulst. Sie ist wenig beweglich, läßt sich vom Beckenboden nicht abheben und verlängert sich nach oben gegen den linken Uteruswinkel hin. Beiderseitige Parametrien und rechtsseitige Adnexe frei. Der Katheter dringt in der Blase nach oben rechts vor, überschreitet aber den oberen Rand der Schamfuge nicht.

Linke Ovoriosalpingektomie. — Bei Eröffnung der Bauchhöhle (in Trendelenburg's Lage) zeigt sich, daß die Adnexgeschwulst durch die ausgedehnte, in die Länge gezogene, die Merkmale einer Hämatosalpinx an sich tragenden Tube bedingt ist. Der dem Douglas aufliegende Teil hängt mit dem Bauchfell locker zusammen. Die Verwachsungen werden getrennt, der Sack wird herausgehoben, der Stiel umschnürt und abgetragen. Während dieser Manipulationen

reißt auf eine kurze Strecke die ausgedehnte Tubenwand: es treten kleine schwärzliche Klümpchen heraus, die sich aber in der Bauchhöhle nicht zerstreuen. Rechtsseitige Adnexe gesund. Vernähung der Bauchdecken. Heilung.

Das abgetragene Stück besteht aus dem stark vergrößerten Eileiter und dem Ovarium, welch letzterem das Infundibulum dicht und untrennbar anliegt. Das Ovarium hat normale Größe; infolge der stattgefundenen Lostrennung seiner Verwachsungen mit dem Beckenperitoneum erscheint seine Außenfläche gerötet und unregelmäßig. Der darüber liegende Eileiter zeigt zwei Anschwellungen: eine innere, hühnereigroße, pralle, an vielen Stellen wie abgeschält erscheinende, tief dunkelrot gefärbte, und eine äußere, walnußgroße, derbere, heller gefärbte. Am inneren Pol des größeren Sackes sieht man das sehr kurze, nahezu normal beschaffene Uterusfragment der Tube; der äußere Pol des kleineren Sackes geht in den stark gewundenen, dem Ovarium anliegenden abdominalen Anteil der Tube über. Die beiden Geschwülste liegen scharf getrennt nebeneinander; eine kleine federkieldicke, schnurähnliche Partie der nicht ausgedehnten Tube bildet zwischen beiden eine brückenartige Verbindung. An der Stelle, wo die Hinterfläche des größeren Sackes in diese nicht ausgedehnte Tube übergeht, befindet sich die kleine Kontinuitätstrennung, durch welche ein Teil des Inhaltes aus diesem Sack herausgetreten ist.

Nach vorhergegangener Härtung in Formol werden durch einen in der Richtung des großen Durchmessers vertikal geführten Schnitt die beiden Tubensäcke zur Anschauung gebracht. Der größere hat sehr dünne Wandungen, der kleinere hingegen dickere; beide sind mit einem kompakten, dunkelroten, weißgestreiften, der Tunica muscularis anhaftenden Inhalt ausgefüllt. Der Schnitt enthält den kleinen Uterusstumpf der Tube nicht und ebensowenig die ganze äußere gewundene, mit dem Ovarium verwachsene Partie derselben, von der nur eine einzige Stelle unter der Form eines quer durchschnittenen, dem äußeren Pol des kleineren Sackes anliegenden Kanals sichtbar ist. Ovarium mit wenigen Graaf'schen Follikeln auf verschiedenen Entwicklungsstufen. Am äußeren Pol ein ziemlich altes Corpus luteum.

Zahlreiche zu den verschiedenen Partien sowohl des größeren als auch des kleineren Sackes gehörende Fragmente wurden der mikroskopischen Untersuchung unterzogen, wobei die Tubenwand mit dem zugehörigen Inhalt in die keilförmig exzidierten Stücke einbegriffen wurden. In gleicher Weise untersucht wurde der die beiden Säcke mit einander verbindende, in Bezug auf Kaliber und Aussehen normale Tubentrakt. Mikroskopische Präparate wurden ferner hergestellt aus Stücken des Uterus- bezw. abdominalen Anteils der Tube und des Ovariums.

Von dem uns hier interessierenden Standpunkte aus wurden durch diese Forschung Erscheinungen, die wir hier zusammenfassen

und übersichtlich mitteilen, mit aller Anschaulichkeit ins Licht gestellt.

Großer Tubensack. — Vorhandensein von mehr oder weniger erhaltener Caduca an der Innenfläche der Tubenmuscularis mehrerer Stücke, zwischen den inneren Muskelbündeln derselben Abschnitte und haufenweise oder in der Form von vereinzelten Zellen mitten im Blutgerinnsel unregelmäßig umhergestreut. Vorhandensein von Zotten in sämtlichen Stücken, bald mehr, bald weniger zahlreich; in größerer Menge sind dieselben in den mit Caduca reicher ausgestatteten Partien anzutreffen; und zwar ebenfalls in der blutig fibrinösen Masse zerstreut, oder auch in der Nähe der Tubenwand bezw. dieser letzteren unmittelbar anliegend. Verschiedene Entartungsphasen, selbst Zerfall, bei anderen hingegen, namentlich den peripheren, sind die Verhältnisse der verschiedenen Bestandteile — Stroma, Epithel, Syncytium — nahezu normale. Manche Zotte ist vaskularisiert. Das übrige endo-cavitäre Gewebe besteht aus roten bezw. weißen Blutkörperchen, Fibrin, Detritusmassen. Keinerlei Fetzen von Amnionelementen. Muscularis der Tube verdickt mit großen Muskelfasern; spärliche diffuse, leukocytäre Infiltration; zahlreiche Blutinfiltrationen; bedeutende Vaskularisation. Bauchfell fetzig, mit sehr vielen Defekten.

Kleiner Tubensack. — Gleicher Befund bezüglich der Gegenwart der Caduca und der Zotten, beide in geringerem Maße vorhanden, aber besser erhalten. Zotten etwas zarter, nicht vaskularisiert; einige derselben der Wand noch fest anhaftend. Blutig-fibrinöser Inhalt wie im größeren Sacke. Tubenmuskulatur dick, nur in den tiefer gelegenen Partien mit roten Blutkörperchen infiltriert. Peritoneum in toto erhalten.

Tubenabschnitt zwischen beiden Säcken. — Vollkommen normale Struktur mit Ausnahme einer im Vergleich zur Norm kaum merklichen Zunahme der Muskulaturdicke und einer die ganze Wand einehmenden ausgeprägten Vaskularisation. Schleimhaut in allen ihren Einzelheiten ohne Veränderungen. Lumen der Tube frei von Inhalt, normal aussehend. Peritoneum unversehrt. An den äußersten Enden, wo die Tube unvermittelt in die beiden sackförmigen Dilatationen übergeht, sind beide Tubenöffnungen durch Blutgerinnsel verstopft. An dieser Übergangsstelle des normalen Lumens zur ektatischen Partie, sowie in den ersten infundibulären Partien derselben die gewöhnlichen Veränderungen der Schleimhaut hinsichtlich der Abplattung des Epithels, des Verhaltens der Falten etc.

Gesunde Tubenabschnitte — uteriner und abdominaler. Struktur normal wie beim Verbindungsstück der beiden Säcke. Verhalten analog dem an der Übergangsstelle der Ektasien in die Tube unversehrt gebliebenen Stümpfe.

Ovarium. — Nichts Abnormes. — Corpus luteum in Rückbildung begriffenen mit den ihm eigenen mikroskopischen Merkmalen[1].

[1] Wir werden zur Ergänzung der anatomischen Angaben erwähnen, daß mit

Ein derartiger Fall mag wohl dazu geeignet sein, zur Lösung mehrerer allgemeiner Fragen anzuregen, vor allem derjenigen, die den Typus, die Art und Weise der Entwicklung, die Kausalmomente, die Deutung der beiden Tubensäcke betreffen, und läßt die Analyse einiger mit diesen verschiedenen Faktoren in mehr oder weniger unmittelbarem Zusammenhang stehenden Momente als notwendig erscheinen.

Es besteht zunächst kein Zweifel darüber, daß jede der beiden sackförmigen Ausstülpungen der Tube ein in Entwicklung begriffenes Ei enthalten hatte, dessen Vitalität im Augenblicke der Abtragung bereits erloschen war.

Es handelt sich also um einen Eileiter, mit zwei wohl unterschiedenen Ektasien und unversehrten Wandungen mit fast gleichzeitiger Entwicklung von zwei Eiern oder besser gesagt: um einen gleichzeitig doppelten, schwangeren Eileiter, der zu einer Zeit überrascht wurde, als die Sache sich am deutlichsten zeigte.

Ein weiterer, wegen der späterhin als notwendig erscheinenden diesbezüglichen Betrachtungen nicht uninteressanter Umstand ist die Unabhängigkeit des einen tubo-ovulären Sackes von dem anderen. Dieselbe war in jeder Richtung eine durchaus vollkommene.

Es geht — immer noch mit Hinweis auf die Betrachtungen, die wir später anstellen müssen — aus den bereits erwähnten gröberen Merkmalen und aus den mikroskopischen Befunden deutlich hervor, daß in den beiden schwangeren Tubartrakten die Bedingungen für einen Doppelabort erfüllt waren, und zwar mit Merkmalen, die denjenigen der sogenannten Tubenmolen nahezu ähnlich sind.

Unverkennbar ist es ferner, daß die beiden Tubenaborte zu Eiern gehörten, die sich in verschiedenen Entwicklungsperioden be-

---

Ausnahme einer Verschiedenheit bezüglich der Evolutionsperiode die beiden ektatischen Höhlen keinen Unterschied in ihren Strukturverhältnissen zeigten. In beiden war an der Innenfläche weithin keine Spur von Caduca sichtbar, und zwar dort, wo die Zotten in sehr spärlicher Anzahl vorhanden waren, namentlich in der größeren Höhle, entsprechend — wie dies aus den vielfachen bisherigen Untersuchungen, sowie aus noch manchem Anderen von mir behufs Kontrolle angestellten bekannt ist — der distalen Einbettungszone des Eies. Wenn auch die durch den Blutklumpen bedingten Veränderungen, besonders im kleineren Sacke, hier keine so auffälligen waren, so war doch hier und da ein deutlich wahrnehmbares kubisches resp. entschiedenes plattes Epithel vorhanden.

Im kleineren Sacke bestanden außerdem noch in diesem Tubentrakt Schleimhautfalten mit Verzweigungen, letztere jedoch in geringerer Anzahl als die primitiven und ziemlich spärlich.

In beiden ovulären Säcken war eine typische Decidua deutlich sichtbar; dieselbe enthielt zahlreiche Zotten und stellte die Zone dar, wo das Ei sich eingebettet (Decidua serotina); an der Peripherie derselben, die auf der Innenfläche eines Tubenabschnittes und zwischen den nächstgelegenen Muskelbündeln aus Schichten bestehend erschien, verschwanden die Zellen des gleichen Typus immer mehr, an deren Stelle trat allmählich die veränderte Schleimhaut mit mehr oder weniger abgeplattetem Epithel und mehr oder weniger auffälligen Falten auf, von denen manche auch voluminös waren. Keine zu Gunsten einer Decidua reflexa sprechenden anatomischen Befunde.

fanden, daß sie zu verschiedenen Zeiten stattfanden und daher während einer verschiedenen Evolutionsperiode zur mikroskopischen Untersuchung gelangten.

Daß die beiden Tubenaborte zu zwei ungleich alten ovulären Säcken gehören, ist ganz besonders durch das Verhalten der Chorionzotten in jedem derselben klar erwiesen: im größeren (inneren) Sacke sind letztere voluminöser und zuweilen vaskularisiert, im kleineren (äußeren) hingegen erscheinen sie spärlich, nicht vaskularisiert und fast über die ganze innere Wand der Tube verbreitet. Und dies alles abgesehen von den in der Wand der größeren Tubenektasie anzutreffenden graviden Veränderungen, die im kleineren Sacke weit weniger ausgesprochen sind, sowie von der nahezu doppelten Größe des median gelegenen Sackes.

Vergleicht man die in den beiden Tubensäcken vorkommenden Elemente miteinander, so erscheint die Annahme nicht ganz unberechtigt, daß im größeren Sacke der Abort früher stattgefunden, als im kleineren, wo das Ei weniger entwickelt war.

Hierzu muß jedoch bemerkt werden, daß der oben erwähnte Zeitunterschied als kein besonders großer sich erweist. So ließe sich noch hinzufügen, daß die verschiedenen in Betracht gezogenen Momente dazu veranlassen, eine Reihe von ebenfalls interessanten Erscheinungen als sehr wahrscheinlich hinzustellen, so die durch eine gewisse Zeitperiode hindurch in demselben Eileiter vor sich gehende regelmäßige Entwicklung der beiden Eier, die im ersten Sacke eingetretenen Abortivveränderungen mit Tod des Embryo, zu einer Zeit, da der andere in seinem Wachstum ungestört weiter fortschritt, das Auftreten — auch in diesem zweiten Sacke — von Abortivveränderungen als die vorhergehenden bereits eingeleitet waren und schließlich die frische ovuläre Läsion in diesem letzteren.

Auf Grund all dieser Umstände ist die Behauptung wohl zulässig, es handle sich hier um einen Fall von tubarer Zwillingsschwangerschaft mit zwei gesonderten, voneinander unabhängigen Säcken ungleichen aber doch nicht sehr verschiedenen Alters. Diesen seltenen Fall haben wir als Zwillingsschwangerschaft bezeichnet.

Zur Rekonstruktion der Erscheinungen, die der Reihe nach hier eingetreten, sowie zum Studium des vorliegenden Falles überhaupt sind diese Elemente nicht hinreichend; andere müssen noch ermittelt werden, die es gestatten, den innersten Mechanismus dieser Zwillingsschwangerschaft festzustellen.

Zu diesem Behufe ist es notwendig, uns alle jene Kenntnisse ins Gedächtnis zurückzurufen, die wir über die verschiedenen Einzelheiten der Ovulation, der Befruchtung, der Wanderung des Eies etc. besitzen und jede dieser letzteren für sich durchzuprüfen.

Stützpunkte unserer Anschauung sind folgende: Die beiden in demselben Eileiter gleichzeitig vorhandenen, zwei wohl gesonderten, zu verschiedenen Zeiten befruchteten Eiern gehörenden Tubenschwangerschaften, ferner die Präzedenz der in der medialen Partie

des Eileiters eingetretene Tubenschwangerschaft vor der äußeren, die Einleitung der zweiten Schwangerschaft zu einer Zeit, da die erste bereits in Entwickelung begriffen war; wahrscheinlich 3—4 Wochen nach Eintreten dieser letzteren.

Als ein weiteres Hauptmoment ist ferner der Umstand anzusehen, daß in dem Ovarium ein einziges Corpus luteum angetroffen wurde, welches zum ersten der beiden Ovularsäcke in Beziehung gebracht werden könnte. Leider haben wir über das Ovarium der entgegengesetzten Seite keine genaueren Angaben, denn es ist nur bemerkt, daß beim operativen Eingriff grob normale Verhältnisse angetroffen wurden.

Da die beiden Eier gesondert waren, so kann nur allgemein an zwei in einem und demselben Ovarium enthaltene gleichzeitige oder auch verschieden entwickelte Graaf'sche Follikel, bezw. an einen Graaf'schen Follikel oder aber an zwei Follikel gedacht werden.

Wenn man aber bezüglich der Befruchtung der beiden Eier den Zeitunterschied annimmt und den Zustand des dem schwangeren Eileiter entsprechenden Ovariums, so wird das Gebiet der Hypothesen eingeschränkt, da man dadurch einerseits die Provenienz beider Eierchen von einem und demselben Graaf'schen Follikel, andererseits die Provenienz dieser letzteren von zwei Graaf'schen Follikeln desselben linksseitigen Ovariums zu verschiedenen Zeiten ausschließt. Es bleibt nur noch die Möglichkeit übrig, daß eines der Eier vom entgegengesetzten Ovarium herstamme, welche Annahme zu Gunsten unseres Falles wohl herangezogen werden könnte.

Was die Entwicklung des ersten Ovularsackes im inneren uterinen Anteil der Tube anbelangt, so verdient der klinische Fall wohl kaum eine gesonderte Besprechung. Vielmehr ist wohl das andere Ei, im äußeren Drittel der Tube eingebettet und zur Entwicklung gelangt, vom entgegengesetzten Ovarium stammend.

Eine solche Möglichkeit für einen Augenblick auch zugegeben, so bliebe noch immer festzustellen, ob die Wanderung eine äußere oder innere gewesen, ob das Ei dieselbe angetreten, als es bereits befruchtet war und dann an der Stelle stehen geblieben ist, wo es sich zu entwickeln begann, oder ob es im lateralen Abschnitt der bereits schwangeren Tube erst nach seiner Ankunft daselbst befruchtet wurde. Ein solcher Fall würde den Durchgang des Sperma durch den in Ausbildung begriffenen medialen ovulären Tubensack und das weitere Eindringen desselben in die distalen Abschnitte des gesund gebliebenen Eileiters als möglich voraussetzen; auch müßte man nach erfolgtem entsprechenden Aufwärtswandern des Spermas einen solchen Durchgang durch den ersten Tubensack annehmen.

Wir müssen zu der Vermutung hinneigen, daß das zweite Ei durch äußere Wanderung aus dem anderen Ovarium dorthin gelangt ist, wo wir es angetroffen.

Nachdem nun die genetische Aufeinanderfolge aller bisher besprochenen Momente als wahrscheinlich hingestellt worden, dürfte

es nicht überflüssig sein, über andere den Fall betreffende Momente ein Wort zu sagen.

Was die zuerst uns entgegentretende ätiologische Frage anbetrifft, so läßt sich darüber wohl kaum etwas bemerken. Während einerseits in unserem Falle anamnestische Angaben vorliegen, die den Gedanken an einen puerperalen Entzündungsprozeß erwecken, fehlen andererseits gröbere und feinere Elemente, die einen solchen bestätigen. Sonstige Vorkommnisse in Bezug auf Läsionen des Tubenepithels, der Tubenwandung etc. wurden auch bei der Untersuchung der unversehrt gebliebenen Tubenabschnitte nicht angetroffen. Die gewundene Form des übrig gebliebenen abdominalen Tubentraktes, welche den Gedanken an eine ursprünglich geschlängelte Form der ganzen Tube rechtfertigen könnte, ist als ätiologisches Moment ohne weiteres anzunehmen, um so mehr, als der größeren Krümmung entsprechend der Eileiter leer war und diese Unregelmäßigkeiten seines Verlaufes ebenso gut einfach sekundäre sein könnten.

Was die physiologisch-anatomischen Fragen des Falles anlangt, so ist in beiden Ovularsäcken die vollkommene Identität der Struktur, die gleiche Ausbildung, das ähnliche Verhalten des Eileiters in beiden Ektasien deutlich ausgesprochen. Von der Einzelerscheinung gehört in dieses Gebiet die Fähigkeit des übrigen gesunden Anteils der Tube, ein in Entwicklung begriffenes Ei aufzunehmen, ferner das Stehenbleiben des zweiten Eies in großer Entfernung von dem ersten, der ungestörte Verlauf der Evolution beider Säcke in den ersten Zeiten der Schwangerschaft, die normale Ovulation und Befruchtung während der Entwicklung einer ektopischen Schwangerschaft auf der entgegengesetzten Seite.

Der Verlauf der beiden gleichzeitigen Schwangerschaften war ebenfalls ein identischer und auch der Ausgang war der nämliche.

Ob die beiden Eier abwechselnd auf das Zustandekommen des zweifachen Tubenaborts einen Einfluß geübt, ist nicht festzustellen; es läßt sich nur annehmen, daß wegen des gleichzeitigen Vorhandenseins zweier Ektasien die Evolution der beiden Säcke eine schwierigere sei, und daß infolgedessen auch die Ausgänge in höherem Grade komplizierte und bedenkliche sein müssen.

Was nun Symptome, Verlauf und Diagnose betrifft, so hatte ich nicht im entferntesten den Gedanken an eine Zwillingsschwangerschaft; erst die eingehende anatomische Untersuchung des Gebildes hatte dieselbe ins Licht gestellt. Die Symptome und der Verlauf waren die einer ektopischen Schwangerschaft.

Nur dem Zufall ist es zu verdanken, daß man in den Besitz derartiger außer Zweifel stehender Fälle gelangt, die in der bekannten Literatur höchst selten anzutreffen sind.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

411. Sitzung vom 17. November 1902.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

I. Diskussion über den Vortrag des Herrn Zweifel: Über die Grundsätze bei der Behandlung der Uterusruptur.

Herr Füth will nur kurz über den von ihm mit glücklichem Ausgang operierten Fall von Uterusruptur berichten, der in dem Vortrage erwähnt wurde, und setzt auf eine dahin gehende Anfrage des Herrn Menge eingehend auseinander, warum er den Riß nicht nach der von Herrn Zweifel inaugurierten Methode nähen konnte (vgl. die Original-Mitteilung in dieser Nummer).

Herr Graefe war Assistent an der Schröder'schen Klinik, als dort 1880 die Ära der Drainagebehandlung bei Uterusruptur inauguriert wurde. Einschließlich eines damals von ihm selbst veröffentlichten Falles (Zentralblatt für Gynäkologie 1880 Nr. 26) sind bis 1883 an der Berliner Frauenklinik insgesamt 5 Fälle erfolgreich mit Drainage behandelt worden, denen Hofmeier (Zentralblatt f. Gyn. 1883 Nr. 30) noch 4 andere aus der Literatur hinzufügen konnte. Bis zum Jahre 1885 fand G. 3 weitere publiziert (Doléris, Ann. de gyn. 1884, ref. Zentralblatt f. Gyn. 1884 Nr. 24 und Franz, Zentralblatt f. Gyn. 1885 Nr. 4, Fall 4 und 6). Später tritt die Köliotomie als Behandlungsmethode wieder in den Vordergrund. Ist die Genesung dieser 12 Fälle nur einem Zufall zuzuschreiben? Die geringe Zahl könnte dafür sprechen, zumal aus dem Vortrage des Herrn Geh.-Rat Zweifel hervorgeht, daß später sowie auch in seiner Klinik die Drainage nicht so günstige Erfolge ergeben hat. Zu berücksichtigen ist aber, daß unter den ungünstig verlaufenen Fällen sich eine Reihe befinden, bei welchen nicht mit Gummirohr, sondern mit Jodoformgaze drainiert worden ist. Das ist aber ganz etwas anderes. Hier liegt in der Bauchhöhle oder der von abgehobenem Peritoneum bei inkompletter Ruptur begrenzten Höhle lockere Gaze, während meist die eigentliche Rißstelle, um gleichzeitig blutstillend zu wirken, fest ausgestopft ist. Dadurch wird aber ein ausgiebiger Abfluß des noch oberhalb des Risses befindlichen Sekretes zum mindesten erschwert, wenn nicht verhindert.

Für die Fälle, in welchen Gummirohrdrainage angewandt wurde, sind aber zwei Faktoren zu berücksichtigen, die Länge des Drainrohres und die Ausspülung der Bauchhöhle. In der Schröder'schen Klinik wurde ein sehr langes (30 cm) Rohr nicht nur bis über die Rißstelle, sondern möglichst hoch hinauf in die Bauchhöhle (Zentralblatt f. Gyn. 1880 Nr. 18) geführt und dadurch eine ergiebige Drainage gesichert. Die Ausspülung der Bauchhöhle mit reichlicher, warmer, 2- bis $2^1/_2$%iger Karbollösung ist insofern von Wichtigkeit, als durch sie jedenfalls ein großer Teil des in die Bauchhöhle ergossenen Blutes, Fruchtwassers, Mekonium wieder entfernt wurde. Der Herr Vortr. hat darauf hingewiesen, daß er bei der von ihm befürworteten Behandlung der Uterusruptur auf die Befreiung der Bauchhöhle vom Blut gleichfalls großen Wert legt.

G. fragt, wie es bei den in der Leipziger Klinik mit Gummirohrdrainage behandelten Fällen bezüglich dieser beiden Punkte gehalten worden ist. Falls die Drainage, in dieser Weise ausgeführt, günstige Resultate ergebe, so wäre dies für die Behandlung der Uterusruptur durch den Landarzt ein großer Gewinn.

Herr Bretschneider: Ich möchte nur kurz zu dem von mir beobachteten Falle von Scheidenruptur bei Hängebauch einige erklärende Worte hinzufügen. Die Frage, ob es sich hierbei um eine spontane oder violente Ruptur handelt, will ich nicht weiter berühren, da ja alle Momente, die dafür oder dagegen sprechen, in genügender Weise hervorgehoben worden sind, so daß sich jeder selbst ein Urteil darüber bilden kann. Ich betone jedoch nochmals ausdrücklich, daß, wenn

man die Ruptur für eine violente halten will, dieselbe entstanden ist bei einer lege artis ausgeführten typischen Zangenoperation unter gewissenhafter Einhaltung sämtlicher Vorschriften, die bei der Technik von Zangenoperationen in Betracht kommen. Und wenn man dies bedenkt, dann kommt man darauf hinaus, in solchen Fällen wie in dem vorliegenden auf die technisch leicht ausführbare Zangenoperation zu verzichten. Es bliebe dann nichts anderes übrig, als zu perforieren und die Extraktion mittels in die Schädelhöhle eingeführter Instrumente vorzunehmen, um überhaupt nicht mit dem infolge des Hängebauches ad maximum gedehnten hinteren Scheidengewölbe in Berührung zu kommen.

Was die Diagnose von Uterus-Scheidenrupturen anbetrifft, so sind dieselben infolge ihrer prägnanten Symptome meistens leicht zu diagnostizieren. Im vorliegenden Falle war absolut kein Symptom einer Ruptur vorhanden, keine äußere Blutung, keine Anzeigen für eine innere (Puls 84, sehr kräftig). Der Riß hätte nur entdeckt werden können, wenn man nachtouchiert hätte. In den Fällen, wo ich bisher von Praktikanten die Operation ausführen ließ, habe ich immer nachtouchiert, wenn die Operation nicht ganz glatt vor sich gegangen war. Im vorliegenden Falle wurde die Operation ohne die geringste Schwierigkeit ausgeführt, und da auch sonst absolut kein Symptom einer Verletzung vorhanden war, so hatte ich keinen Grund, das immerhin nicht ganz ungefährliche Nachtouchieren vorzunehmen.

Herr Menge: Herr Füth hat die große, klaffende Rupturstelle in dem von ihm demonstrierten Präparate darauf zurückgeführt, daß bei der Zerreißung der Gebärmutter ein Wandstück mit der Placenta zusammen losgesprengt worden ist. Er nimmt einen größeren echten Defekt in der Uteruswand an. Mit dieser Auffassung kann ich mich nicht befreunden. Ich habe vielmehr den Eindruck, daß der stark klaffende Riß, nachdem nahe der Mittellinie des Organes das Gewebe auseinandergewichen war, sich durch Muskelzug trichterförmig entfaltet hat.

Herr Zweifel antwortet Herrn Füth, daß er dessen Fall auf die beobachteten Präparate hin für völlig korrekt behandelt ansehe. Wenn wie in dem Falle den Herr Füth operierte der Uterus im Fundus platzte, so kann man nicht bloß die Serosanaht ausführen, und wenn so große Defekte entstanden sind, so kann nur die supravaginale Amputation in Frage kommen. Übrigens ist ja gerade jene Kranke geheilt.

Herrn Graefe erwidert er, daß er sich in seinen Berechnungen an die neueste und, so weit er es beurteilen könne, vollkommenste, ungewöhnlich fleißige Statistik der Rupturbehandlung gehalten habe, nämlich diejenige von Klien, und annehme, daß derselbe die von Herrn Graefe heute vorgebrachten Fälle aufgenommen und in Rechnung gesetzt habe. Schon in dieser Arbeit ist der Unterschied zwischen Balkendrain und Jodoformgazetamponade streng durchgeführt und wird bei letzteren Fällen die Prognose als schlechter festgestellt. Dabei hat jedoch Klien die penetrierenden und die nicht penetrierenden Fälle zusammengeworfen und das ist nicht richtig.

Z. nahm immer dicke Drains, die hoch genug eingeführt wurden; Ausspülungen wurden nie gemacht und werden auch heute nicht gemacht wegen der Vergiftungsgefahr. Der Redner hält dieselben für recht gefährlich.

II. Herr Glockner: Über perforierende Zerreißung des hinteren Scheidengewölbes intra coitum.

Bei einer von auswärts in die Klinik eingelieferten, ziemlich stark ausgebluteten Pat. fand sich ein etwa 5 cm langer, quer durch das hintere Scheidengewölbe verlaufender Riß, in welchen sich das Peritoneum des Douglas'schen Raumes vorwölbte. Die Ränder der Rißwunde waren nicht ganz glatt, an mehreren Stellen zeigten sich spritzende Gefäße. Nach Stillung der Blutung durch Umstechungen wurde von der Scheide aus ein Jodoformgazetampon in die Bauchhöhle eingeschoben, da mir bei dem hohen Pulse (124) eine bereits eingetretene Infektion nicht unwahrscheinlich und deshalb ein Abschluß der Bauchhöhle untunlich erschien.

Der Heilungsverlauf war, abgesehen von einer einmaligen Temperatursteigerung auf 38,5°, ein fieberfreier.

Aus der Anamnese ist hervorzuheben, daß die 29jährige Pat. seit 7 Jahren verheiratet ist und 5 Entbindungen durchgemacht hat, die letzte vor 6 Wochen.

Am vorhergehenden Abend gegen 10 Uhr empfand Pat. bei der Kohabitation plötzlich einen heftigen Schmerz, so daß der Akt unterbrochen werden mußte; aus der Scheide entleerte sich reichlich hellrotes Blut. Eine zugezogene Hebamme erklärte, es handle sich um einen Abort, ein Tags darauf konsultierter Arzt schickte sie mit der Diagnose: »pilzförmiger, stark blutender Tumor hinter der Portio« in die Klinik.

Sowohl der Ehemann wie die Pat. erklärten mir auf Befragen, daß an dem kritischen Abende die Kohabitation in der gewohnten Weise und Lagerung der Frau (Rückenlage) vollzogen worden, und daß dies nicht die erste Kohabitation nach der letzten Entbindung gewesen sei.

Irgend welche abnorme Verhältnisse des Phallus des Ehemannes bestehen nicht.

Bei der Entlassung sowohl als bei einer 7 Wochen später erfolgten Nachuntersuchung fand sich der Uterus retrovertiert-flektiert.

In der bekannten Arbeit Neugebauer's sind 34 Fälle von genauer beobachteten Zerreißungen des hinteren Scheidengewölbes aufgeführt, bei welchen in 4 Fällen auch das Peritoneum eröffnet war. Die letzteren Fälle endeten alle tödlich, und zwar bildeten die Todesursache 3mal Peritonitis, 1mal Mord. Bei drei dieser Fälle handelte es sich um Stuprum, begangen an 8—15jährigen Mädchen. Der Häufigkeit nach stehen nach Neugebauer die Zerreißungen des hinteren Scheidengewölbes an zweiter Stelle.

Als Ursachen des Zustandekommens der Verletzung werden von Neugebauer angeführt: Entwicklungsanomalien der Genitalien der verschiedensten Art, infantile und senil involvierte Genitalien, puerperaler Zustand der Genitalien (5 Fälle), Dammplastiken, Retroflexio uteri (1 Fall), Trunkenheit eines oder beider Teile, exzessive Libido, widernatürliche Lagerung bei der Kohabitation.

In unserem Falle sind als prädisponierende Momente nur der Puerperalzustand der Genitalien und die Retroflexio uteri, welche nach dem Befunde bei der Entlassung und der Nachuntersuchung vermutlich auch bereits in der kritischen Zeit bestand, anzuschuldigen.

Diskussion: Herr Littauer nimmt die Hebamme, welche Scheidenruptur mit Abort verwechselt hat, in Schutz; wenn sie erklärt hat, daß hier ein Arzt zu Rate zu ziehen sei, so hat sie ihre Schuldigkeit voll erfüllt. Die Diagnose kann auch für einen Arzt Schwierigkeiten bieten, wie ein Fall von Scheidenverletzung beweist, den L. kürzlich als Abort zugeschickt bekam; hier war der Riß beim ersten Coitus nach der Entbindung entstanden. L. hat mehrmals bei Frauen, welche über Blutungen post coitum klagten, bei gesunder Portio leichte Schleimhautverletzungen im hinteren Scheidengewölbe gesehen.

Herr Zweifel glaubt nicht, daß durch den Coitus solche kleinere Scheidenrisse vorkommen, auch sind ihm derartige Beobachtungen aus der Literatur nicht bekannt. Viel häufiger glaubt er an beginnendes Karzinom, wenn Frauen post coitum über Blutungen klagen und den Arzt konsultieren.

Herr Graefe bittet den Vortr. um Auskunft, inwiefern er in dem puerperalen Zustand der Scheide ein prädisponierendes Moment für die fraglichen Verletzungen sieht. Bisher hat man seines Wissens gerade Straffheit der Vagina für ein solches gehalten, während bei der puerperalen Scheide von einer solchen nicht die Rede ist. Sie ist im Gegenteil schlaffer und weiter wie die normale. In jüngster Zeit ist für das Zustandekommen der perforierenden Kohabitationsverletzungen mehrfach besonders starke geschlechtliche Erregung seitens der Coitierenden verantwortlich gemacht. Eine solche könnte auch hier vielleicht nach der durch Schwangerschaft und Puerperium gebotenen, längeren Karenzzeit vorgelegen haben.

Herr Glockner: Herrn Graefe möchte ich entgegnen, daß ich glaube, daß sowohl in dem Puerperalzustand der Genitalien wie in der Retroflexio uteri begünstigende Umstände gegeben sind.

Die stärkere Auflockerung und Durchfeuchtung der Genitalien erleichtert meines Erachtens eine Zerreißung, welche event. successive, d. h. schichtweise vor sich geht. Durch die Antedeviation der Portio bei der Retroversio-flexio uteri wird das hintere Scheidengewölbe stark abgeflacht, so daß auch in diesem Umstande ein prädisponierendes Moment erblickt werden muß.

III. Herr Füth: Demonstration der Reste eines Pessars, welches 30 Jahre in der Scheide gelegen hatte.

Die 64jährige Witwe hatte sich vor 30 Jahren von einer Hebamme einen Ring einsetzen lassen und derselbe war seitdem nie mehr nachgesehen worden. Schon seit einer Reihe von Jahren bestand übelriechender Ausfluß und die Frau war deswegen im Kreise der Familien ihrer verheirateten Kinder von einer zur anderen abgeschoben worden. Schließlich wurde der Geruch so stark, daß es die Umgebung nicht mehr aushalten konnte und eine hier verheiratete Tochter führte die Mutter endlich der Klinik zu. Allerdings war der von der Frau durch die Kleider hindurch ausgehende Geruch ein derartiger, wie er auch der an jauchende Karzinome gewöhnten Nase des Gynäkologen wohl kaum je entgegentritt. Man hätte nun erwarten sollen, bei der Operation eine weitgehende Ulceration der Vagina etc. zu finden. Nichts von dem. Nachdem ich das eine Holzkugel darstellende Pessar in Bruchstücken herausgebracht hatte, erwies sich die Schleimhaut der Vagina dahinter nur als leicht gerötet. Sonst war nichts festzustellen.

Herr Alexander berichtet zu Füth's Demonstration über einen Fall von Entfernung eines inkrustierten Ringes, der 32 Jahre getragen worden war.

IV. Herr Zangemeister demonstriert einen Uterus, der von einer an Eklampsie verstorbenen Kreißenden stammt und bei welchem die Dilatation des Muttermundes mit Bossi vorgenommen war. Mehrfache große Risse zeigen die Gefahr des Instrumentes. (Ausführlicher Bericht in einer Originalarbeit in diesem Zentralblatte 1903 Nr. 4.)

---

512. Sitzung vom 15. Dezember 1902.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Rauscher (als Gast): Über Hämatosalpinx bei Gynatresien.

Nach der Veit-Nagel'schen Theorie ist der zur Hämatosalpinxbildung notwendige Verschluß des abdominalen Tubenostiums auf den gleichen entzündlichen Vorgang zurückzuführen, der in früher Jugend die Atresie der Scheide zur Folge hatte. Zur Prüfung dieser vielfach angefochtenen Lehre hatte Herr Füth das ihm geeignet scheinende Präparat eines in der Universitäts-Frauenklinik beobachteten Falles bereits sorgfältig gehärtet und in Celloidin eingebettet, und auf seine Anregung unterwarf Vortr. dasselbe mit freundlicher Genehmigung des Herrn Vorsitzenden einer eingehenden Untersuchung[1].

Es handelte sich um eine 17jährige, noch nicht menstruierte Pat. In der Kindheit Rachitis, mit 4 Jahren Masern; seit 7 Wochen intermittierende kolikartige Schmerzen im Unterleibe. — Ausgesprochener weiblicher Habitus, äußere Genitalien wohlgebildet, Hymen intakt. Scheide endet in 1 cm Höhe blind. In der Höhe der Portio bei bimanueller Untersuchung vom Rektum aus ein faustgroßer, praller Tumor zu fühlen, welchem an der linken Kante eine pflaumengroße Resistenz aufsitzt.

Laparotomie durch Herrn Geh.-Rat Zweifel: Uterus faustgroß, fluktuierend. Rechte Adnexe normal. Linke Tube in einen wurstförmigen, daumendick endenden Sack verwandelt, der mit dem Ovarium locker verklebt ist. Bei der Exstirpation reißt der Sack ein, es entleert sich teerartiges Blut. Der mit gleichem Inhalt erfüllte Uterus wird in der Mittellinie inzidiert, eine Kornzange durch die Uterushöhle nach der Scheide eingeführt, auf derselben von außen eingeschnitten.

---

[1] Die zur Doktordissertation bestimmte ausführliche Arbeit wird demnächst veröffentlicht werden.

Uterusnaht, Schluß der Bauchwunde. Darauf Erweiterung der Scheidenöffnung und Exzision des Hymens. Vernähung der Scheidenschleimhaut mit der äußeren Haut, Tamponade des so gebildeten neuen Scheidenkanals. Reaktionslose Heilung.

Aus dem histologischen Befunde des durch die Operation gewonnenen Präparates ist hervorzuheben: Tubenwand durchweg stark verdickt infolge Wucherung des intermuskulären Bindegewebes; stellenweise dichte, kleinzellige Infiltration desselben. Im infundibulären Teile ist die Wandung innerhalb eines umschriebenen, ziemlich ausgedehnten Bezirkes in eine narbige Schwiele verwandelt, die Schleimhaut völlig zerstört, durch ein pigment- und blutreiches Granulationsgewebe ersetzt. In der Tiefe vereinzelt abgeschlossene Epithelbuchten, die anscheinend durch Verschmelzung von Falten entstanden sind. In den peripheren Partien der Tubenwand zahlreiche Epitheleinschlüsse als Reste des ehemaligen Fimbrienepithels.

Diese schweren entzündlichen Veränderungen der Tubenwand sind durch die erst seit kurzem bestehende menstruelle Stauung allein nicht zu erklären — eine Auffassung, die Herr Geh.-Rat Marchand nach Durchsicht der Präparate bestätigte. Sie müssen demnach auf einen vor Eintritt der Menstruation stattgefundenen Entzündungsprozeß zurückgeführt werden, der nur durch eine Infektion von unten, durch den früher offenen Genitalkanal, erklärt werden kann. Damit würde die Hämatosalpinx, im Sinne der Veit-Nagel'schen Theorie, ein Kriterium sein für die erworbene Natur der Scheidenatresie, für welche die Anamnese hier keinen näheren Anhalt gab.

Was den Ursprung des Inhalts der Hämatosalpinx anbetrifft, so kann man, entgegen der Ansicht von Veit, einen Reflux vom Uterus nicht ausschließen. Im vorliegenden Falle fanden sich nur vereinzelt geringfügige freie Blutungen in das Tubenlumen; größere Hämorrhagien aus den stark dilatierten Schleimhautgefäßen waren nirgends nachzuweisen. Für das Bestehen einer Tubenmenstruation ergab sich kein Anhalt.

Es folgt die Demonstration einer doppelseitigen Hämatosalpinx. Die Präparate stammen von einer zufällig kurz vorher in die Klinik aufgenommenen 37jährigen Pat. Dieselbe ist seit 8 Jahren kinderlos verheiratet. Die Periode setzte mit 20 Jahren ein, die ersten Male mit Beschwerden verbunden, dann regelmäßig in 4wöchentlichen Intervallen ohne Schmerzen. Nach Angabe der Pat. hat sich »das Blut jedesmal mit dem Urin zusammen entleert«. Seit einigen Jahren zunehmende prämenstruelle Beschwerden. — Äußere Genitalien normal, Vagina in einen für zwei Finger durchgängigen, 5 cm langen Blindsack verwandelt. Coitus nach Aussage des Mannes in der ersten Zeit mit großen Beschwerden verbunden, später gut ausführbar. Bimanuelle Untersuchung vom Rektum aus ergab den typischen Befund einer umfangreichen Hämatometra mit doppelseitiger Hämatosalpinx.

Laparotomie durch Herrn Geh.-Rat Zweifel am 5. Dezember 1902. Abtragung der erkrankten Adnexe mit Ausnahme des rechten Ovariums; linke Tube bildet einen fast faustgroßen, mit dem Ovarium und der Umgebung stark verwachsenen Tumor. Rechte Tube gleichfalls in einen Sack von Taubeneigröße verwandelt, von typischer Retortenform. — Im übrigen das gleiche Operationsverfahren wie im ersten Falle. Die Scheidenatresie hat ihren Sitz im obersten Teile der Scheide nahe der Portio, so daß also auch eine kleine Hämatokolpos bestand. Eine Kommunikation der Blase mit dem Genitalkanal konnte nicht nachgewiesen werden.

Beide Tuben erwiesen sich in ihrem uterinen, nicht verbreiterten Teile atretisch; dadurch wird auch für diesen Fall ein entzündlicher Tubenverschluß, im Sinne von Veit, wahrscheinlich gemacht.

Diskussion: Herr Füth möchte hinzufügen, daß er das Blut des Hämatosalpinxsackes in dem ersten vom Herrn Vorredner geschilderten Falle bakteriologisch genau untersucht hat; es ließen sich weder aërobe noch anaërobe Mikroorganismen nachweisen. Es ist dies ein Befund, der schon mehrfach erhoben wurde.

II. Herr Krönig gibt einen kurzen Bericht über seine Beobachtungen auf dem Gebiete der Gynäkologie gelegentlich seiner Studienreise in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Der Vortrag eignet sich nicht zum Referat.

III. Herr Füth: Über die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes von Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen.

Die ausführliche Veröffentlichung der Arbeit erfolgt demnächst. Hier sei nur folgendes hervorgehoben: Genau vor 2 Jahren, in der Dezembersitzung 1900, berichtete ich der Gesellschaft von gemeinsam mit Herrn Krönig ausgeführten Bestimmungen[2] über den osmotischen Druck im mütterlichen und kindlichen Blute. Nach diesen Untersuchungen liegt der Gefrierpunkt des Blutes von Kreißenden etwa bei —0,520, wir fanden also gegenüber den sonstigen Angaben von —0,570 eine Abweichung von 0,05°. Wir setzten gleich hinzu, es müßten noch weitere Untersuchungen lehren, ob dieser Unterschied auf eine besondere Beschaffenheit des Blutes von Kreißenden schließen lasse. Kurz nach Veröffentlichung unserer Arbeit erschien dann eine Mitteilung von P. Nolf[3], welcher, anknüpfend an jenen von uns gefundenen Unterschied von 0,05° der Frage näher trat, ob nicht eine verschiedene Versuchsanordnung jenen Unterschied erklären könne, und sich eingehend über die Technik der Kryoskopie verbreitete. Ich kann hier nur kurz sagen: Ich habe mich bei meinen Nachprüfungen genau an seine Vorsichtsmaßregeln gehalten und noch andere Fehlerquellen berücksichtigt, die Zikel[4] letzthin besonders hervorhob. Ferner zog ich Versuchsfehler in Rechnung, die möglicherweise durch das verwendete Thermometer veranlaßt werden konnten. Bei alledem kam ich zu Ergebnissen, die unsere gemeinsamen Bestimmungen des Gefrierpunktes des Blutes von Kreißenden bestätigten. Ich untersuchte ferner eine Reihe von Schwangeren und fand, daß schon innerhalb der letzten Zeit der Schwangerschaft eine Erniedrigung des Gefrierpunktes besteht, welche der der Kreißenden ziemlich gleich kommt. Im Wochenbett fand ich dann in den untersuchten Fällen eine deutliche Erhöhung des Gefrierpunktes gegenüber dem Befunde bei der Geburt.

Diese Gefrierpunktsbestimmungen bei Schwangeren und Kreißenden stimmen zunächst vollständig mit der alten Anschauung überein, daß das Blut der Schwangeren hydrämisch sei. Es ist aber heute als feststehend anzusehen, daß die festen Bestandteile auch vermehrt sind, daß die Zahl der roten Blutkörperchen erhöht (genauere Literaturangaben nebst eigenen Beobachtungen mitgeteilt in dem nachfolgenden Vortrage von Herrn Zangemeister) und der Hämoglobingehalt gesteigert ist (Fehling u. a.). Ferner fand Zangemeister den Kochsalzgehalt des Serums erhöht, dagegen wies das Verhalten der eiweißartigen Substanzen wiederum auf eine Verdünnung hin. Aus alledem geht jedenfalls soviel hervor, daß die alte Annahme einer Hydrämie diese neueren Blutbefunde nicht richtig widergibt. Es fallen vielmehr für das Verständnis dieser Gefrierpunktserniedrigung noch andere Faktoren ins Gewicht, und da Gefrierpunktsänderungen infolge veränderter Ernährung oder veränderter Nierenfunktion hier auszuschließen sind, so ist auf Grund der Versuche von Korányi und Kovács in erster Linie die Atmung in Betracht zu ziehen. Denn nach den Untersuchungen von Kovács kann man an der Lebenden und im Reagensglase die abnorme osmotische Spannung des cyanotischen Blutes herabsetzen durch Sauerstoffinhalation, und der genannte Autor schließt, der Sauerstoff erniedrigt also den osmotischen Druck. Im Anschluß hieran erfolgt im weiteren Verlaufe des Vortrages die Aufstellung der Hypothese, es bestehe die Möglichkeit, daß das Blut der Schwangeren und Kreißenden gegenüber dem Blute Nichtschwangerer mehr Sauerstoff enthalte, und daß dadurch mittelbar oder unmittelbar neben anderen Faktoren ein gewisser Ein-

[2] Vergleichende Untersuchungen über den osmotischen Druck im mütterlichen und kindlichen Blute. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIII.

[3] Technique de la cryoscopie du sang. Bull. de l'Acad. royale de Belgique (Classe des sciences) 1901. Nr. 12. p. 709.

[4] Lehrbuch der klinischen Osmologie. Berlin, Fischer's Verlag, 1902.

fluß auf die Erniedrigung des Gefrierpunktes bedingt sein könne. — **Nachtrag:** Die Ergebnisse einer ganz kürzlich veröffentlichten Arbeit **Löwy's**[5] scheinen mir, worauf ich aber hier nicht mehr näher eingehen kann, diese Hypothese zu stützen. In einem fast zur gleichen Zeit gehaltenen Vortrage teilte er nämlich die Beobachtung mit, daß durch kohlensäurereiches Blut geleiteter Sauerstoff viel rascher den Gefrierpunkt des Blutes ändert, als Wasserstoff oder Stickstoff, daß also wirklich der Sauerstoff einen besonderen Effekt auf die Austreibung der Kohlensäure hat. Die Ursachen, meint **Löwy** weiter, liegen wohl auf chemischem Gebiete, indem dem Sauerstoffhämoglobin die Eigenschaften einer Säure zukommen, die die schwächere Kohlensäure austreibt.

Diskussion: Herr **Krönig:** Bei den vergleichenden Untersuchungen über den osmotischen Druck im mütterlichen und im kindlichen Blute, welche ich vor einiger Zeit in Gemeinschaft mit Dr. **Füth** angestellt hatte, hatte sich gleichzeitig die auffallende Beobachtung ergeben, daß das Blut der Gebärenden einen relativ niedrigen Gefrierpunkt besitzt.

Der Mittelwert der Gefrierpunktserniedrigung bei Neugeborenen und Kreißenden betrug $\Delta = -0{,}520$, während als Mittelwert für die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes der nichtschwangeren Frau die Zahl $\Delta = -0{,}570$ gefunden ist.

Füth hat dieser Beobachtung nun in einer weiteren Untersuchungreihe seine besondere Aufmerksamkeit geschenkt und den Gefrierpunkt des Blutes von Gebärenden mit dem nichtschwangerer Frauen verglichen. Er erhielt bei allen seinen Untersuchungen das erwähnte Resultat, so daß man zu der Annahme gedrängt wird, daß das Blut während der Schwangerschaft eine Änderung seiner molekularen Konzentration erleidet.

Ich möchte nur davor warnen, etwa hieraus schon weitgehende Schlüsse auf die veränderte Zusammensetzung des Blutes während der Schwangerschaft zu ziehen; vor allem auf Wassergehalt und Salzgehalt des Blutes. Einwandsfreie Schlüsse lassen sich auf Grund so geringen Materials vorläufig nicht ziehen. Der osmotische Druck einer Lösung ist nicht nur abhängig von dem Salzgehalt im allgemeinen, sondern auch von der Konzentration der in Lösung befindlichen Ionen. Da sich nun die verschiedenen Salze beim Auflösen in Wasser verschieden weitgehend in ihre Ionen spalten, so kann der osmotische Druck bei **gleichem Salzgehalt** der Lösung doch ziemlich verschieden sein.

Wie weit wir aus den Untersuchungen Rückschlüsse auf den Kohlensäure- oder Sauerstoffgehalt des Blutes machen dürfen, lasse ich zunächst dahingestellt.

IV. Herr **Zangemeister: Blutbeschaffenheit in der Schwangerschaft.**

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

---

[5] Über die Wirkung des Sauerstoffes auf die osmotische Spannung des Blutes. Berliner klin. Wochenschrift 1903. Nr. 2. p. 23. Nach einem Vortrage, gehalten in der Hufelandgesellschaft zu Berlin am 11. Dezember 1902.

Berichtigung. *In dem Referat: Rieck, Zur Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft (Nr. 5 p. 159 d. Bl.) muß hinter dem Worte empfiehlt (1. Zeile) eingesetzt werden: »bei schon ausgebildeter Frucht«, und ferner (4. Zeile dieses Referats) hinter dem Worte vorzuziehen: »in Frühfällen von geplatzter Tubenschwangerschaft«.* *D. Referent.*

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 10. Sonnabend, den 7. März. **1903.**

Inhalt.

I.

(Aus der Frauenabteilung [Prof. Lott] der Wiener allgem. Poliklinik.)

Die doppelseitige Unterbindung der Aa. hypogastrica und ovarica bei inoperablem Uteruskarzinom.

Von

Dr. **Otto Th. Lindenthal**, Assistent.

Die von Krönig in diesem Zentralbl. Nr. 2 ergangene Aufforderung, daß auch von anderer Seite Erfahrungen betreffs der im Titel angeführten palliativen Operation bei stark blutendem und jauchendem Uteruskrebs bekannt gegeben werden möchten, veranlaßt mich, über 3 Fälle zu berichten, welche wir vor einiger Zeit zu operieren Gelegenheit hatten.

Vorausschicken möchte ich, daß wir diese Operation, entgegen dem Vorschlage Krönig's nur vorzunehmen, falls bei bereits eröffnetem Abdomen das Karzinom sich als inoperabel erweisen sollte, sie also nur in Fällen ausführten, welche wir als nicht mehr der Radikaloperation zugänglich bereits früher erkannt hatten.

So hatte ich bei dem ersten der drei operierten Fälle — es handelte sich um eine 45 Jahre alte Frau mit Cervixkarzinom mit Übergreifen auf Portio und vordere Vaginalwand, welche trotz Exkochleation vor mehreren Monaten heftig blutete und durch stark jauchenden Ausfluß sehr herabgekommen war — eine Woche vor der Palliativoperation den Versuch gemacht, den Uterus mittels der Schuchardt'schen Operation per vaginam zu exstirpieren. Bei der diesem Versuche vorangehenden Exkochleation brach ich durch die vordere Wand der vollständig von Karzinom substituierten Cervix in die Blase ein; da sich außerdem in Narkose die karzinomatöse Infiltration der Parametrien hochgradiger erwies, als dies vorher angenommen wurde und die Ureteren sich ebenfalls von Karzinom umwuchert erwiesen, nahm ich von der beabsichtigten Radikaloperation Abstand und begnügte mich mit der Exkochleation; die Blasenwunde versorgte ich nach Resektion eines Stückchens der Blasenwand durch Naht. Der jauchige Ausfluß war sehr vermindert; die Blutung jedoch dauerte unverändert und in einer die Pat. außerordentlich belästigenden und schwächenden Form an.

Aus diesem Grunde beschloß Prof. Lott die Unterbindung der den Uterus versorgenden Gefäße.

Dieser Entschluß fiel uns um so leichter, als der Eingriff relativ unbedeutend erschien und es ja nicht von der Hand zu weisen war, daß durch denselben außer der Steuerung der Blutung eine Beeinflussung in der weiteren Ausbreitung des Karzinoms möglich sei.

Ein diesbezüglicher Mißerfolg Pryor's, sowie Krönig's (in seiner zweiten Mitteilung) war uns damals nicht bekannt.

Die Operation wurde am 1. November 1902 von mir ausgeführt und erwies sich als sehr leicht, obwohl die Zugänglichkeit zur linken A. hypogastrica durch die Schwellung karzinomatös entarteter Drüsen im Teilungswinkel der linken Aa. iliaca comm. etwas beschränkt war.

Die Aa. ovaricae und Lig. rotundi wurden in der Nähe des Uterushorns durch eine gemeinsame Ligatur jederseits unterbunden. Der Effekt bezüglich der Blutung war ein eklatanter; der Ausfluß war durch die vorangegangene Exkochleation bereits wesentlich eingeschränkt gewesen.

Pat. erholte sich außerordentlich rasch und konnte am 10. Tage das Bett, am 17. Tage das Spital verlassen.

Als ich Pat. das letzte Mal in der ersten Hälfte Dezember sah, war die Blutung nicht wiedergekehrt, ein Ausfluß kaum vorhanden, der Karzinomtrichter hatte sich verkleinert; Beschwerden bestanden nicht, nicht einmal von Seiten der Harnblase, in welcher bereits vor der Exkochleation ein geringes bullöses Ödem bestanden hatte; die Blasennaht war symptomlos geheilt.

Der Erfolg war leider nicht von langer Dauer; es stellten sich nämlich Harnbeschwerden und Schmerzen ein, welche Pat. veranlaßten sich im Bettinapavillon aufnehmen zu lassen. Herr Prof. Wertheim hatte die Güte, mir mitzuteilen, daß in der letzten Zeit wieder ein blutiger, übelriechender Ausfluß vorhanden sei, daß Schmerzen und starke Harnbeschwerden bestehen, welche durch den Umstand hervorgerufen seien, daß das Karzinom in die Blase durchgebrochen sei; Blutungen von irgend welcher Bedeutung bestehen nicht, das subjektive Allgemeinbefinden habe sich in der letzten Zeit gehoben.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 43jährige Frau mit einem Karzinom der Portio und hochgradiger Infiltration beider Parametrien; cystoskopisch ließ sich ein auf das Trigonum beschränktes bullöses Ödem nachweisen; es bestehen keine Schmerzen, stark übelriechender Ausfluß und seit 3 Wochen heftige Blutungen, welche Pat. sehr schwächen.

Wegen des Befundes in den Parametrien erschien der Fall der Radikaloperation nicht mehr zugänglich, und es wurde daher von Prof. Lott am 3. November 1902 die Palliativoperation ausgeführt.

Mit Ausnahme einer einmaligen Temperatursteigerung am 4. Tage, welche nach Entleerung des Darmes sofort abfiel, war die Heilung ungestört; Pat. erholte sich zusehends, da die Blutung unmittelbar nach der Operation sistierte und verließ das Bett am 10., das Spital am 19. Tage p. op.

Seither nimmt Pat. konstant an Gewicht zu, der Ausfluß ist gering; Pat. fühlt sich so wohl, daß sie an eine Heilung zu glauben geneigt ist.

In diesem Glauben wird sie noch durch den Umstand bestärkt, daß am 15. Dezember 1902 eine dreitägige, am 13. Januar 1903 eine zweitägige Blutung eintrat, welche Pat. für die jetzt wieder regelmäßige Menstruation hält; nachdem unregelmäßige Blutungen nahezu 1 Jahr angedauert hatten.

Es ist sehr interessant, daß nach Unterbindung der Hypog. etc. nach einer gewissen Zeit die Periode wieder eintritt, pathologische Blutungen jedoch nicht, wie auch Iwanow beobachtete.

Zur Zeit (22. Januar 1903) ist die Cervix durch wucherndes Gewebe ballonartig aufgetrieben; Blutung besteht nicht; Ausfluß ist sehr gering.

In Fall III handelte es sich um eine 50jährige Frau, welche seit 2 Jahren an fleischwasserähnlichem Ausfluß und seitweise abundanten Blutungen leidet, derentwegen sie bereits im November 1901 und April 1902 exkochleiert wurde; seit 14 Tagen neuerdings starke Blutungen; stark jauchender Ausfluß. Pat. ist außerordentlich herabgekommen, hochgradig anämisch, hat einen kleinen, leicht unterdrückbaren Puls (100) und klagt über Harndrang, Brennen beim Urinieren, Blutung und Ausfluß.

Die Scheide ist durch hartes brüchiges Gewebe verengt, welches vorzugsweise die vordere Vaginalwand bis zur Urethralmündung substituiert; an Stelle der Portio eine ca. kleinapfelgroße Höhle mit bröckligen, übelriechenden Massen und Coagulis erfüllt. Die Parametrien bis zur Beckenwand dicht infiltriert; am Blasenboden zeigt das Cyrtoskop karzinomatöse Exkreszenzen.

Am 11. November 1902 wurde die Palliativoperation ausgeführt, von einer Exkochleation jedoch wegen Gefährdung der Nachbarorgane Abstand genommen; die Bauchnähte am 8. Tage entfernt und Pat. verläßt die Abteilung am 26. November 1902 wesentlich gebessert.

Die Blutung hat aufgehört, der Ausfluß besteht fort. Puls und Appetit gebessert; die Blasenbeschwerden haben nachgelassen.

Wegen Ausspülung der Jauchehöhle bleibt Pat. in ambulatorischer Behandlung; spontane Blutungen sind seit der Operation nicht aufgetreten, jedoch blutet Pat. aus der Scheide fast jedesmal bei Einführen des Irrigatorrohres.

Die anscheinende Besserung ist nur von kurzer Dauer; trotz Aufhören der Blutungen schreitet die Kachexie fort, so daß Pat. seit 2 Wochen zu schwach ist, um das Bett zu verlassen; die Blasenbeschwerden haben sich neuerdings eingestellt.

Wie aus den drei mitgeteilten Fällen hervorgeht, ließ sich in denselben durch die Palliativoperation die Blutung günstig beeinflussen; das Fortschreiten des Karzinoms war nicht einzudämmen; der jauchende Ausfluß wurde nur in zwei Fällen durch die gleichzeitig ausgeführte Exkochleation gebessert.

Der Allgemeinzustand wurde in zwei Fällen durch das Aufhören der schwächenden Blutung zweifellos gehoben; im dritten Falle war

die Kachexie zu hochgradig, als daß eine Beeinflussung noch möglich gewesen wäre.

Es liegen nun mit Ausnahme des Falles von Pryor bereits 11 in gleicher Weise behandelte Fälle vor, welche wohl annähernd ein Urteil über den Wert des Eingriffes gestatten; es sind dies die 3 Fälle von Krönig, unsere 3 Fälle und dann 5 Fälle, über welche Iwanow bereits im Januar 1902 auf dem Pirogow'schen Kongresse in Moskau berichtet hatte.

In den Fällen Krönig's hat die Blutung nach der Operation prompt aufgehört; der jauchige Ausfluß hätte sich wohl, wie auch Krönig voraussetzt, durch gleichzeitige Exkochleation, wie bei zweien unserer Fälle, günstig beeinflussen lassen.

Von besonderem Werte für die Beurteilung des Operationseffektes sind die Fälle von Iwanow, weil ihnen zum Teil eine relativ lange Beobachtungszeit zugrunde liegt.

In Fall I war 1/2 Jahr nach der Operation Blutung, Ausfluß und Schmerzen geschwunden; 15 Monate nach der Operation fühlte Pat. sich wohl.

In Fall II sistierte die Regel 7 Monate; geringer Ausfluß.

In Fall III sistierte die Regel 6 Monate; Pat. nahm innerhalb 46 Tagen 7 Pfund an Gewicht zu.

In Fall IV waren die Regeln zur Zeit der Mitteilung, das ist ca. 8 Monate nach der Operation, noch nicht wieder eingetreten; Pat. nahm innerhalb 51 Tagen 12 Pfund zu.

In Fall V dauerte der Erfolg der Operation bezüglich der Blutung nur 4 Monate, während welcher Zeit Pat. 4 Pfund zugenommen hatte; Iwanow bezeichnet diese kurze Zeit als Mißerfolg und begründet diesen durch den Umstand, daß seit einer vorangegangenen Radikaloperation nach Unterbindung der Arteria uterina und spermatica ein Kollateralkreislauf zur Zeit der Unterbindung der Aa. hypogastrica sich bereits ausgebildet hatte.

Aus den mitgeteilten Fällen — der Fall Pryor's ist nicht verwertbar, weil in dem mir zugänglichen Referate Kleinwächter's über Blutungen nichts enthalten ist — geht hervor, daß sich die Blutung durch die Palliativoperation günstig beeinflussen läßt, daß eine Abnahme des jauchigen Ausflusses auf kurze Zeit eintritt, welche Zeit durch gleichzeitige Exkochleation der krebsigen Massen zu verlängern ist, und daß in Fällen, in welchen die Kachexie nicht bereits zur Zeit der Operation zu vorgeschritten ist, das Allgemeinbefinden sich, wie die beobachtete Gewichtszunahme beweist, wesentlich bessert. Auf Grund dieser Beobachtungen kommt der in Frage stehenden Operation ein zweifellos palliativer Wert zu, so daß mithin die Frage zu erörtern ist, ob letzterer die Schwere des Eingriffes rechtfertigt, und in welchen Fällen die Operation event. angezeigt ist. In allen mitgeteilten Fällen wurde die Operation ohne jede üble Folge überstanden und hatte gewiß keinen Nachteil für die Pat.

Die Operation selbst gehört zu den leichteren Eingriffen, die sich event. sogar mit Schleich'scher Lokalanästhesie machen läßt; eine kleine Vereinfachung stellt gegenüber dem Verfahren von Jonnesco, bei welchem die Aa. hypogastricae jederseits aufgesucht

und das Peritoneum an zwei Stellen eröffnet wird, die mediane Spaltung des Peritoneums über der Wirbelsäule dar; es läßt sich von hier aus, wie Prof. Lott dies gemacht hat, das Peritoneum leicht nach der Seite so weit verschieben, daß die beiden Aa. hypog. von einem Schlitze aus zu erreichen sind; bei doppelseitiger Eröffnung des Peritoneums kann gelegentlich der Ansatz des Mesorektums das Aufsuchen der linken A. hypog. erschweren, wie mir dies in einem Falle geschehen ist; stärkere Infiltration der im Teilungswinkel der Aa. iliaca com. liegenden Drüsen bietet nur eine geringe Erschwerung.

Auf Grund unserer eigenen bisherigen Erfahrung und der von Krönig und Iwanow mitgeteilten Fälle glauben wir, daß die Palliativoperation ein relativ unbedeutender Eingriff ist, welcher in einzelnen Fällen zu empfehlen wäre, in welchen das inoperable Karzinom die Scheide nicht bereits in größerer Ausdehnung ergriffen hat, die Kachexie keine hochgradige und das die Pat. am meisten störende und bedrohende Symptome eine auf andere Weise nicht stillbare Blutung ist; wir sind sicher, durch die Operation der Kranken einen wenn auch nur vorübergehenden Erfolg zu verschaffen. Daß die Blutung in absehbarer Zeit wiederkehrt, ist ja anzunehmen; daß dies jedoch ziemlich lange dauern kann, zeigen die Fälle von Iwanow.

Der Vorschlag Krönig's, die Palliativoperation auszuführen bevor man bei dem Versuche der abdominellen Radikaloperation die einmal eröffnete Bauchhöhle ganz unverrichteter Dinge wieder schließt, ist unter allen Umständen zu befürworten.

II.

(Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.)

Zur Frage des Argentumkatarrhs der Neugeborenen.

Von

Dr. C. W. Bischoff,
Assistenzarzt.

Obgleich schon 20 Jahre verflossen sind, seit Credé seine segensreiche Entdeckung — die Verhütung der gonorrhoischen Augenentzündung der Neugeborenen durch Einträufelung von Argentum nitricum — publizierte, so ist doch die Diskussion über diese Methode noch nicht zum Abschlusse gelangt.

Daß die Credéisierung tatsächlich ein ausgezeichnetes Mittel zur Verhütung der Ophthalmoblennorrhoe ist, daß durch Credé's Verdienst eine Menge von Menschen vor dem traurigen Lose der Erblindung bewahrt worden sind, das wird wohl von niemand bestritten.

Nicht so übereinstimmend aber lautet die Antwort auf die Frage nach eventuellen schädlichen Nebenwirkungen der Argentumeinträufelungen.

Daß Reizerscheinungen in einer Reihe von Fällen nach der Credéisierung auftreten, ist vielfach behauptet. Die Mehrzahl der Beobachter hat diese Reizung des Auges als etwas Harmloses angesehen und die Vorteile so hoch eingeschätzt, daß sie das Verfahren auch fernerhin angewendet haben. Andere behaupten, daß durch die Credéisierung ein schwerer Reizzustand erzeugt werde. Sie halten eine Schädigung des Auges für möglich und glauben, daß diese Argentumreizung eine Prädisposition schaffe für sekundäre Katarrhe. Das Extrem dieser Richtung vertritt Cramer[1]. Er fand bei einer Untersuchungsreihe von 100 Neugeborenen in 4 Fällen »enorme« Reaktion, in 25 »sehr starke«, in 31 Fällen »starke« Reaktion. Nur in 4 Fällen war keine Reaktion zu verzeichnen. In 52% der Fälle trat Heilung des Katarrhs erst nach dem 3. Tage ein; in 11% schlossen sich Sekundärreizungen an.

Die naturgemäße Folge war, daß man wiederum mit neuem Eifer nach einem unschädlichen Ersatze für das Argentum nitricum suchte. Auch in unserer Anstalt wurden Versuche mit neuen Mitteln, namentlich mit Protargol, gemacht, deren Resultate in den Engelmann'schen Arbeiten[2] niedergelegt sind.

Die oben kurz angeführten Resultate der Cramer'schen Untersuchungen sind so verblüffend und die Heftigkeit der von ihm beobachteten Argentumkatarrhe widerspricht so den bisher gemachten Erfahrungen, daß ein Zweifel an der Richtigkeit dieser Behauptungen sicher berechtigt erscheint. Energischen Widerspruch fand die Cramer'sche Arbeit in einer vor kurzem erschienenen Publikation Leopold's[3], der nach seinen Beobachtungen die Argentumreaktion als durchaus harmlos ansieht und die heftigen Reaktionen Cramer's auf eine falsche, der Credé'schen Vorschrift nicht entsprechende Technik bei der Einträufelung zurückführt.

Bei der außerordentlichen Wichtigkeit der Frage schien uns eine Nachprüfung dringend geboten und ich gebe im nachfolgenden den Bericht über 100 Neugeborene, bei denen die Einträufelung mit einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung genau nach den alten Credé'schen Vorschriften gemacht ist.

100 Fälle stellen ja nun gewiß keine große Beobachtungsreihe dar; zur Beantwortung unserer Frage genügen sie aber vollkommen, soll doch nach Cramer in 60% der Fälle eine starke Reaktion eintreten. Den Morbiditätsprozentsatz freilich können wir bei der Seltenheit der Blennorrhoe nach vorgenommener Credéisierung aus diesen 100 Fällen nicht berechnen.

---

[1] Archiv für Gynäkologie Bd. LIX.
[2] Zentralblatt für Gynäkologie 1899 u. 1901.
[3] Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 33.

Lfd. Nr.	J.-Nr.	Reaktion am				Lfd. Nr.	J.-Nr.	Reaktion am			
		1. Tage	2. Tage	3. Tage	4. Tage u. weit. Verlauf			1. Tage	2. Tage	3. Tage	4. Tage u. weit. Verlauf
1	327	gering	—	—	—	41	376	gering	—	—	—
2	328	—	—	—	—	42	380	mäßig	—	—	—
3	329	minimal	—	—	—	43	381	minimal	—	—	—
4	334	gering	minimal	—	—	44	382	mäßig	gering	—	—
5	335	mäßig	gering	—	—	45	383	gering	minimal	—	—
6	336	minimal	—	—	—	46	384	—	—	—	—
7	337	—	—	—	—	47	385	minimal	—	—	—
8	338	minimal	—	—	—	48	386	minimal	—	—	—
9	340	—	—	—	—	49	387	—	—	—	—
10	343	gering	minimal	—	—	50	388	gering	—	—	—
11	344	gering	minimal	—	—	51	389	minimal	—	—	—
12	345	mäßig	gering	gering	—	52	391	minimal	—	—	—
13	346	gering	—	—	—	53	392	gering	—	—	—
14	347	minimal	minimal	minimal	—	54	393	minimal	minimal	minimal	—
15	348	mäßig	minimal	—	—	55	394	minimal	—	—	—
16	349	mäßig	gering	minimal	—	56	395	minimal	minimal	—	—
17	350	minimal	—	—	—	57	396	gering	—	—	—
18	351	—	—	—	—	58	397	mäßig	minimal	minimal	—
19	352	gering	minimal	minimal	—	59	398	—	—	—	—
20	353	minimal	—	—	—	60	400	minimal	—	—	—
21	354	minimal	—	—	—	61	401	minimal	—	—	—
22	355	gering	—	—	—	62	402	—	—	—	—
23	356	minimal	minimal	—	—	63	403	minimal	—	—	—
24	357	minimal	—	—	—	64	404	mäßig	—	—	—
25	358	minimal	—	—	—	65	405	mäßig	gering	minimal	—
26	359	minimal	—	—	—	66	406	minimal	—	—	—
27	361	mäßig	—	—	—	67	407	—	—	—	—
28	362	—	—	—	—	68	408	gering	minimal	minimal	—
29	363	minimal	—	—	—	69	410	mäßig	minimal	—	—
30	364	minimal	—	—	—	70	411	minimal	—	—	—
31	365	minimal	minimal	—	—	71	412	—	—	—	—
32	366	—	—	—	—	72	414	minimal	minimal	—	—
33	367	—	—	—	—	73	415	mäßig	—	—	—
34	369	gering	minimal	—	—	74	417	minimal	—	—	—
35	370	—	—	—	—	75	418	gering	—	—	—
36	371	minimal	—	—	—	76	419	mäßig	—	—	—
37	372	gering	—	—	—	77	420	minimal	—	—	—
38	373	mäßig	gering	minimal	—	78	421	minimal	—	—	—
39	374	—	—	—	—	79	422	mäßig	minimal	—	—
40	375	mäßig	—	—	—	80	423	gering	minimal	—	—

Lfd. Nr.	J.-Nr.	Reaktion am 1. Tage	2. Tage	3. Tage	4. Tage u. weit. Verlauf	Lfd. Nr.	J.-Nr.	Reaktion am 1. Tage	2. Tage	3. Tage	4. Tage u. weit. Verlauf
81	424	—	—	—	—	91	438	gering	—	—	—
82	425	minimal	—	—	—	92	439	mäßig	—	—	—
83	426	minimal	—	—	—	93	440	gering	—	—	—
84	427	mäßig	minimal	minimal	—	94	441	gering	—	—	—
85	431	mäßig	—	—	—	95	442	—	—	—	—
86	432	—	—	—	—	96	459	minimal	—	—	—
87	433	minimal	—	—	—	97	460	minimal	—	—	—
88	434	gering	minimal	minimal	—	98	465	—	—	—	—
89	435	gering	minimal	—	—	99	468	—	—	—	—
90	437	minimal	minimal	—	—	100	469	mäßig	—	—	—

Die Technik entsprach genau der von Credé ausgeübten. Das Auge wurde mittels zweier Finger ein wenig geöffnet, ein am Glasstäbchen hängendes Tröpfchen einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung der Hornhaut bis zur Berührung genähert und mitten auf dieselbe fallen gelassen. Jede weitere Berücksichtigung der Augen unterblieb. Um eine möglichst genaue und gleichmäßige Ausführung der Einträufelung zu garantieren, habe ich dieselbe in allen Fällen selbst ausgeführt.

Zum Verständnisse der Tabelle muß ich noch hinzufügen, daß ich als Gradmesser für die Reaktion ebenso wie Cramer und Engelmann die Sekretion angenommen habe. Die Bezeichnungen der Stärke der Reaktion sind dieselben wie bei Cramer. »Mäßige« Sekretion wurde notiert, wenn die Lider durch Sekret verklebt waren, im Konjunktivalsacke aber sich kein Eiter fand. Bei »geringer« Sekretion fanden sich eingetrocknete Sekretmassen in den Augenwinkeln, bei »minimaler« Reaktion war nur eine Spur Sekret im inneren Augenwinkel. Daß das Pflegepersonal auf den Wochensälen strengstens angewiesen war, die Augen vor der Visite nicht zu reinigen, ist selbstverständlich.

Eine Zusammenstellung dieser 100 Beobachtungen ergibt folgendes Resultat:

Tag	Reaktion stark	mäßig	gering	minimal	keine
1.	0	20	22	38	20
2.	0	0	6	22	72
3.	0	0	1	10	89
4.	0	0	0	0	100

Es zeigte sich also, daß eine Reaktion zwar in 80% der Fälle vorhanden ist, daß dieselbe aber meistens sehr gering ist. Nur in 20 Fällen konnte eine »mäßige« Reaktion festgestellt werden, »starke«

Reaktion niemals. In 38 Fällen war die Reaktion »minimal«. Hier kann man im Zweifel sein, ob es sich wirklich um eine Folge der Credéisierung handelt, denn auch bei nicht credéisierten Kindern findet sich manchmal etwas Sekret im inneren Augenwinkel. Wenn ich also oben sagte, daß in 80% eine Reaktion auftrat, so ist diese Zahl eher zu hoch als zu niedrig gegriffen. Genaue Angaben über das Auftreten von Sekretion an nicht credéisierten Augen kann ich natürlich nicht machen, da alle in der Klinik geborenen Kinder mit Argentumlösung behandelt werden.

Auch die Dauer der »Katarrhe« — wenn man so sagen will — war eine sehr kurze. Am 2. Tage war nur noch bei 28, am 3. Tage nur bei 11 Neugeborenen eine Reaktion zu konstatieren. Am 4. Tage war in allen Fällen keine Reaktion mehr vorhanden. Es war daher auch eine Behandlung dieser Reizung durchaus überflüssig. Wir beschränkten uns darauf, die Augen nach der Visite vorsichtig auszuwischen, sonst unterblieb, wie dies auch Credé vorschreibt, jede Berücksichtigung derselben. Ich möchte sogar behaupten, daß eine Behandlung nicht nur überflüssig, sondern direkt schädlich gewesen wäre. Jeder wird schon beobachtet haben, wie sich aus leichten Reizzuständen der Konjunktiva, wie sie bei Kindern zuweilen vorkommen, durch die übergroße Sorgfalt der Mutter, die ständig dem Kinde die Augen auswischt und daran herummanipuliert, langwierige Konjunktivitiden entstanden sind. — Ein sekundärer Katarrh trat in keinem der Fälle auf.

Warum nun das Auge in dem einen Falle auf die Einträufelung reagiert, in dem anderen nicht, darüber haben meine Beobachtungen keinen Aufschluß gegeben. So viel glaube ich sagen zu können, daß Schwächlichkeit des Kindes, abnormer und langwieriger Verlauf der Geburt und operative Eingriffe keinen Einfluß haben. Dieselbe Ansicht spricht auch Leopold aus.

Woher kommt es nun, daß die Resultate Cramer's so wesentlich andere sind als die meinigen und die fast aller anderen Beobachter? Leopold glaubt den Grund hierfür darin suchen zu müssen, daß Cramer eine von der alten Credé'schen Vorschrift abweichende Technik anwendete. Und in der Tat unterscheidet sich meine Versuchsanordnung von der Cramer's nur dadurch, daß ich wieder streng die alte Credé'sche Methode anwendete. Wir müssen also Leopold völlig Recht geben, daß die bedeutenden Reizerscheinungen, von denen Cramer berichtete, auf einer falschen Methode beruhen, d. h. darauf, daß nicht streng nach Credé's Vorschrift verfahren wurde.

Ist nun auch die durch das Argentum nitricum hervorgerufene Reizung des Auges als durchaus ungefährlich anzusehen, so ist doch das Suchen nach neuen Mitteln, bei denen die Reaktion geringer oder überhaupt nicht vorhanden ist, durchaus begreiflich und berechtigt. Denn wenn durch ein Mittel ein pathologischer Zustand — sei er auch noch so harmloser Natur — hervorgerufen wird, so

ist es zweifellos zu verlassen in dem Momente, wo exakt nachgewiesen ist, daß das an seine Stelle zu setzende reizlose Medikament den gleichen Erfolg gewährleistet bei gleicher Einfachheit der Anwendung. So wurde bei uns das Protargol (siehe die Engelmann'sche Publikation) und das Argentum aceticum angewandt. Beim Protargol ist die Reaktion nicht geringer als beim Argentum nitricum. Über das Argentum aceticum kann ich keine genauen Beobachtungen mitteilen, aber ich habe den Eindruck gewonnen, daß die Reaktionen schwächer sind und seltener auftreten, während die Wirksamkeit den Gonokokken gegenüber dieselbe war, wie die des Argentum nitricum. Es würde also dies übereinstimmen mit den Beobachtungen von Zweifel, Scipiades und Leopold. Gleich gute Resultate werden von Leopold, Runge und Gusserow dem Argentum nitricum in 1%iger Lösung nachgerühmt. Diese beiden Mittel dürften, falls sie weiteren Prüfungen standhalten, am ersten geeignet sein, die 2%ige Argentum nitricum-Lösung zu ersetzen.

Wenn wir nun trotzdem vor der Hand das alte Credé'sche Verfahren für das empfehlenswerteste halten, so hat das den Grund, daß seine Leistungsfähigkeit durch ein geradezu überwältigendes Material bewiesen wird, wie es für kein anderes der in Frage stehenden Mittel vorliegt. Die Argentumreaktion ist zu harmlos und geringfügig, als daß sie ein Grund gegen die Credéisierung sein könnte. Sollte sich aber herausstellen, daß die Morbiditätsziffer bei Anwendung der 1%igen Argentum nitricum-, resp. der 1%igen Argentum aceticum-Lösung tatsächlich — wie es ja nach den bisherigen Erfahrungen der Fall zu sein scheint — nicht größer ist als bei der des Argentum nitricum in 2%iger Lösung, so dürfte sich die Anwendung eines dieser Mittel empfehlen, da die Reaktion des kindlichen Auges auf dieselben eine noch geringere ist.

III.

Ruptura aortae spontanea. Sectio caesarea in mortua. Lebendes Kind[1].

Von

Dr. Weisswange, Frauenarzt in Dresden.

Bei der Seltenheit der Fälle, wo längere Zeit nach dem Tode der Schwangeren ein lebendes Kind durch den Kaiserschnitt erzielt wird, dürfte folgender Fall von Interesse sein.

Am 4. August 1902 wurde ich nachts von einem Kollegen zu einer Schwangeren gerufen, bei der plötzlich der Tod eingetreten war. Es handelte sich um eine 30jährige Erstgeschwängerte, die angeblich immer gesund war und

[1] Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden.

in 2 Wochen ihre Niederkunft erwartete. Die Schwangerschaft war vollständig normal verlaufen. Die Frau war am Nachmittage bei einer befreundeten Kollegenfrau zu Besuch gewesen, hatte dann abends ihren Gatten in einem Restaurant abgeholt und sich dort sehr wohl gefühlt. Die Gatten hatten gemeinsam ein einfaches Abendbrot eingenommen, wobei die Frau zwei kleine Gläser Bier getrunken hatte. Sie waren dann zu Fuß nach der ca. $^3/_4$ Stunde entfernten Wohnung gegangen, hatten noch etwas zusammen geplaudert. Die Frau hatte dann, wie allabendlich vor dem Schlafengehen, Stuhlgang gehabt. Beim Ausziehen der Strümpfe auf dem Bettrande sitzend, bekam sie $^1/_2$2 Uhr nachts plötzlich einen heftigen Schmerz in der Herzgegend mit starker Dyspnoë. Der Gatte, der glaubte, die Geburt beginne, schickte sofort zur Hebamme, nach deren Ankunft sofort zum nahewohnenden Hausarzt geschickt wird, der bei seiner Ankunft $^3/_4$3 Uhr nur den eben eintretenden Exitus feststellen konnte. Da kindliche Herztöne deutlich zu hören, schickte er eiligst zu mir. Es schlug 3 Uhr als ich die Haustür öffnete. Trotzdem ich den Kaiserschnitt so schnell wie möglich ausführte, mögen doch ehe ich die Treppe hinauf war, von dem Manne die Erlaubnis erhalten hatte etc., mindestens 4 Minuten vergangen sein, bevor das Kind entwickelt und abgenabelt war.

Es gelang, wenn auch erst nach längeren Bemühungen, das schwer asphyktische Kind zum Schreien zu bringen.

Insgesamt sind also in diesem Falle mindestens 19 Minuten vom Tode der Mutter bis zur Geburt des Kindes vergangen.

Die direkt von mir angestellte Sektion der Verstorbenen bestätigte die gestellte Diagnose auf spontane Herzruptur. Es fand sich ein ca. 2 cm langer Riß in der Aorta direkt am Herzen. Das Perikard selbst war angefüllt mit frischem Blute. Herr Ober-Med.-Rat Schmorl bestätigte die pathologisch-anatomische Diagnose. Makroskopisch fanden sich keinerlei Veränderungen, die eine Erklärung für die Ruptur gebracht hätten. Die pathologisch-anatomische Seite des Falles wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.

Was die klinische Seite des Falles anbetrifft, so herrscht wohl darüber in allen Gesetzgebungen Einigkeit, daß der Kaiserschnitt an der Verstorbenen vorzunehmen ist, wenn eine lebensfähige Frucht anzunehmen ist.

Schon im grauen Altertum finden wir diese Anschauung vertreten; wurde doch Aesculap selbst von seinem Vater Apollo aus dem Leibe der von der Artemis getöteten Coronis herausgeschnitten, und die dem Numa Pompilius zugeschriebene Lex regia verbietet die Beerdigung einer verstorbenen Schwangeren vor ausgeführtem Kaiserschnitt.

Leider ist freilich der Kaiserschnitt post mortem relativ selten ein glücklicher.

Unter 331 im vergangenen Jahrhundert vorgenommenen Kaiserschnitten an Verstorbenen finden sich nur 6—7 mit günstigem Ausgange für das Kind.

Rudolf Dohrn stellte 90, Schwarz 107 Fälle in Kurhessen zusammen, bei denen kein einziges lebendes Kind erzielt wurde, so daß letzterer zu dem Resultate kommt, die Operation sei unnötig, weil nutzlos.

In der deutschen Literatur findet sich ein von Pingler veröffentlichter Fall, bei welchem 23 Minuten nach dem sicheren Tode der Mutter ein lebendes Kind erzielt wurde und neuerdings hat

Jungeboldt in Volkmarsen 17 Minuten nach dem Tode der Mutter ein lebendes Kind durch den Kaiserschnitt erhalten.

Zwischen beide dürfte betreffs der Zeitdauer der vorliegende Fall einzureihen sein.

Freilich müssen, wie auch im vorliegenden Falle, eine Reihe günstiger Momente zusammentreffen, um ein glückliches Resultat der Operation zu erreichen.

IV.

Zur Technik und Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes.

Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Professor Dr. Bumm in Nr. 52 dieses Blattes 1902.

Von

Dr. med. W. Rühl in Dillenburg.

In der oben citierten Arbeit führt Herr Prof. Bumm den Nachweis, daß die Spaltung der vorderen Cervixwand bezw. einschließlich eines Teiles des unteren Uterinsegmentes genügt, um die Geburt eines ausgetragenen Kindes ohne Schwierigkeiten zu ermöglichen, und zwar — was sehr wesentlich ist — ohne daß Weiterreißen des gemachten Schnittes eintritt.

Diese Beweisführung gereicht mir zur hohen Befriedigung, und zwar aus folgenden Gründen. Ich habe diese Operation bereits im Jahre 1895 ausgeführt und deren physiologische Begründung und Technik eingehend und wiederholt beschrieben[1].

Schwere Geburtsstörungen infolge vorausgegangener hoher vaginaler Fixation des Uterus nötigten mich damals, die Operation auszuführen, und ich habe mich mit der Spaltung der vorderen Uterus- bezw. Cervixwand begnügen müssen, weil mir die Erfassung der hinteren Lippe unmöglich war.

Wie aus der Literatur bezw. aus den von mir veröffentlichten Arbeiten[1–3] und der diesbezüglichen Arbeit Dührssen's[4] hervorgeht, unterscheidet sich das von mir angegebene Verfahren, welches ich vorderen Uterus-Scheidenschnitt genannt habe, von dem Dührssen'schen vaginalen Kaiserschnitte im Prinzip sehr wesentlich. Mein Verfahren besteht prinzipiell in der ausschließlichen Spaltung von vorderer Uterus- resp. Cervixwand, während der

---

[1] Rühl, Über die Behandlung der Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation. Zentralblatt für Gynäkologie 1896. Nr. 6.

[2] Rühl, Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen etc. Berlin, S. Karger, 1897.

[3] Rühl, Zur Behandlung schwerer Geburtsstörungen nach Vaginofixation des Uterus. Zentralblatt für Gynäkologie 1899. Nr. 51.

[4] Dührssen, Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin, S. Karger, 1896.

Dührssen'sche vaginale Kaiserschnitt prinzipiell in Spaltung von vorderer und hinterer Cervix- resp. Uteruswand besteht.

Das von Herrn Prof. Bumm geübte Verfahren ist also nicht identisch mit dem Dührssen'schen vaginalen Kaiserschnitte, sondern mit meinem vorderen Uterus-Scheidenschnitte, wie dies ja auch schon der Name, welchen Bumm dem Eingriffe gegeben hat (»Hysterotomia vaginalis anterior«), besagt.

Ich habe meine erste derartige Operation am 1. November 1895 ausgeführt und die diesbezügliche Veröffentlichung in Nr. 6 dieses Zentralblattes 1896 folgen lassen. Dührssen hat seinen ersten vaginalen Kaiserschnitt am 23. April 1896 ausgeführt. — Es dürfte deshalb nicht unbescheiden von mir sein, wenn ich die Priorität in Bezug auf die Hysterotomia vaginalis anterior für mich in Anspruch nehme.

Der vordere Uterus-Scheidenschnitt ist von mir für die schweren Formen von Geburtsstörungen infolge vaginaler Fixation des Uterus empfohlen worden. Die Operation ermöglicht hier eine fast gefahrlose Entbindung und macht — auch für die schwersten Fälle der Art — den klassischen Kaiserschnitt vollkommen überflüssig.

Meine diesbezüglichen Vorschläge sind lange Zeit unbeachtet geblieben, ja von einigen Seiten[5] sogar beanstandet worden. — In neuerer Zeit ist indessen mein Verfahren mehr zur Geltung gekommen, so hat z. B. Rieck[6] eindringlich auf den vorderen Uterus-Scheidenschnitt hingewiesen, ebenso Staehler[7], welcher selbst eine Operation der Art ausgeführt hat.

Auch in den neu erschienenen Lehrbüchern von Ahlfeld[8] und Skutsch[9] ist der vordere Uterus-Scheidenschnitt angeführt.

Mit besonderer Genugtuung erfüllt es mich, wenn nun auch eine Autorität ersten Ranges, wie diejenige Bumm's, die Richtigkeit meiner Behauptung, daß durch Spaltung von vorderer Uterus- und Scheidenwand die Geburt eines ausgetragenen Kindes ermöglicht wird, bestätigt. In Bezug auf die Indikationen von vorderem Uterus-Scheidenschnitt und Dührssen'schem vaginalem Kaiserschnitt erlaube ich mir zum Schlusse noch das Folgende zu bemerken.

Den vorderen Uterus-Scheidenschnitt empfehle ich vornehmlich für Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation des Uterus und für solche Fälle, wo die hintere Cervixwand nicht gut erreichbar ist.

Für diejenigen Fälle aber, wo die Cervix erhalten und vordere und hintere Wand derselben gleich gut erreichbar sind, ist der

---

[5] Kleinwächter, Uterusverlagerungen, operative Uterusfixationen etc. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1898.

[6] Rieck, Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. H. Pape etc. Zentralblatt für Gynäkologie 1901. Nr. 28.

[7] Staehler, Vorderer Uterus-Scheidenschnitt nach Rühl etc. Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 7.

[8] Ahlfeld, Lehrbuch der Geburtshilfe. 2. Auflage.

[9] Skutsch, Geburtshilfliche Operationslehre. p. 279.

Dührssen'sche vaginale Kaiserschnitt entschieden vorzuziehen. — Durch gleichzeitige Spaltung auch der hinteren Cervixwand wird zweifellos eine Menge Raum gewonnen und die zu hohe Ablösung der Blase resp. die allzu hoch hinauf reichende Spaltung des unteren Uterinsegmentes vermieden.

Ich habe dreimal den eigentlichen Dührssen'schen vaginalen Kaiserschnitt mit gutem Erfolge ausgeführt, einmal darunter aus einer Indikation, die Herr Prof. Bumm nicht erwähnt hat, nämlich wegen vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Nachgeburt.

Für Fälle der Art ist der Dührssen'sche vaginale Kaiserschnitt ein ausgezeichnetes Verfahren, wie ich dies auch in meiner diesbezüglichen Veröffentlichung nachgewiesen habe[10].

Den vorderen Uterus-Scheidenschnitt habe ich fünfmal ausgeführt, und zwar jedesmal mit gutem Erfolge.

V.

Kolpohysterostomie bei Retroversio uteri gravidi cum incarceratione.

Von

Dr. Gustav Wennerström in Gothenburg (Schweden).

In seiner ausführlichen Monographie über Inkarzeration der schwangeren Gebärmutter und ihre Behandlung[1] hat A. Dührssen unter gewissen Umständen, wenn man mit den gewöhnlichen Repositionsmethoden nicht auskommt, hintere Kolpotomie mit Spaltung der hinteren Uteruswand vorgeschlagen. Da diese Operation, so viel ich weiß, bisher von keinem anderen ausgeführt ist, will ich als Beweis für ihre Anwendbarkeit einen Fall mitteilen, den ich schon 1896 im Krankenhause zu Hudikswall auf diese Weise mit großem Erfolge operierte.

Frau Kerstin E., 28 Jahre alt. Aufgenommen in das Krankenhaus am 24. November 1896, gesund entlassen am 19. Dezember. IIgravida. Normale Geburt 1892. Sie hat niemals früher Unterleibsbeschwerden gehabt. Menses regelmäßig, letzte Menstruation vor 5 Monaten. Während der letzten 6 Wochen reichlicher muko-sanguinolenter Ausfluß. Seit 14 Tagen starke Verstopfung und Urinerschwerung, die letzten 24 Stunden vollständige Retention. Die Vaginalschleimhaut von normalem Aussehen, die Brüste schlaff. Die Frau glaubte nicht gravid zu sein und war von einem Arzte mit der Diagnose Unterleibstumor in das Krankenhaus geschickt. Eine innere Untersuchung ergab jedoch sofort, daß es sich hier um einen inkarzerierten, retrovertierten graviden Uterus handelte. Ganz oben in die Vagina war die Cervix zu fühlen. Sie war gegen den oberen Rand der Symphyse gerichtet und ging unmittelbar in eine große, elastische, die hintere Vaginalwand stark hervortreibende Geschwulst über, die fast das ganze Becken

---

[10] Rühl, Über einen Fall von vorzeitiger Lösung der Nachgeburt etc. Zentralblatt für Gynäkologie 1901. Nr. 47.

[1] Über Aussackungen, Rückwärtsneigungen und Knickungen der schwangeren Gebärmutter etc. Archiv für Gynäkologie 1899. Bd. LVII.

ausfüllte. Das Os uteri war nicht zu erreichen. Die Blase war fast bis zum Nabel ausgedehnt und die Flexura sigmoidea mit großen Massen harter Scybala ausgefüllt. Mit einem männlichen Katheter wurde der Urin, der vollkommen klar war, entleert, und nachdem der Darm durch mehrere Klystiere gereinigt war, wurde ein Versuch gemacht, in der Knie-Ellbogenlage durch Druck auf den Fundus sowohl von der Vagina aus als auch vom Rektum den Uterus aufzurichten, aber ohne Erfolg. Punktion durch die hintere Vaginalwand gab nur einige Tropfen blutiger Flüssigkeit. Es war demnach die Gebärmutter mit Blutgerinnseln gefüllt. — Am folgenden Tage wurde ein neuer Repositionsversuch in Narkose gemacht. Nach Dilatation forcé wurde die Hand bis zum Daumen ins Rektum eingeführt und somit ein starker Druck auf den Fundus ausgeübt. Gleichzeitig wurde die Cervix mit einer Kugelzange stark heruntergezogen. Die Reposition war aber unmöglich. Ein Katheter ließ sich nicht in den Uterus einführen und heiße Ausspülungen waren auch erfolglos.

Die Symptome waren noch ziemlich leicht. Die Temperatur und der Puls fortdauernd normal. Der Harn war vollkommen klar und der Katheterismus bot keine Schwierigkeiten. Aber schon am Abend desselben Tages, als der letzte Repositionsversuch gemacht wurde, fing die Pat. an, über große Schmerzen im Kreuze und in den Schenkeln zu klagen. Diese wurden den folgenden Tag immer schwerer und außerdem traten wirkliche Ileussymptome auf, Erbrechen, Meteorismus, kein Entweichen von Flatus trotz Klystieren. Darum wurde sie am 27. November operiert.

Operation: Die hintere Vaginalwand wurde stark heruntergezogen und hoch oben gleich an der Cervix durchschnitten. Nach vorsichtigem Präparieren wurde das Peritoneum und seine Umschlagsfalte freigelegt und nach unten gezogen, die hintere Uteruswand inzidiert, die Wunde stumpf bis zur Breite von zwei Fingern erweitert. Durch diese Öffnung wurde ein 15 cm langer, stark macerierter Fötus mit vollkommen losgetrennter Placenta, außerdem zwei Eiterbecken mit Blutgerinnseln herausgebracht. Wegen der Blutung, die sehr unbedeutend war, wurde die Wunde mit Jodoformgaze tamponiert und ein Drainrohr bis zum Fundus eingeführt.

Die schweren Symptome hörten sofort auf. Am folgenden Tage wurde die Tamponade und nach einer Woche das Drainrohr entfernt. Der weitere Verlauf war durchaus gut, vollständig afebril. Bei der Entlassung aus dem Krankenhause bestand eine kleine Fistel, die noch 3 Monate später, als ich Gelegenheit hatte, die Pat. zu untersuchen, eine feine Knopfsonde durchließ. Sie hatte zu der Zeit keinerlei Unterleibsbeschwerden. Der Uterus war noch immer retrovertiert aber ziemlich beweglich. Stärkere Repositionsversuche wurden nicht gemacht.

Die Frau ist im Juli 1899 gestorben, hatte aber eine normale Geburt im Februar 1898, 2 Jahre nach der Operation, gehabt.

Die starke Maceration des Fötus und die Abwesenheit der gewöhnlichen Graviditätszeichen sprechen dafür, daß die Schwangerschaft schon seit längerer Zeit unterbrochen war; und stellt man den Zeitpunkt der letzten Menstruation mit der Größe des Fötus zusammen, so kann man mit Sicherheit annehmen, daß diese Unterbrechung etwa gleichzeitig mit dem Auftreten des blutig-schleimigen Ausflusses stattgefunden hat, d. h. schon 6 Wochen vor der Aufnahme in das Krankenhaus. Eine anhaltende Blutung hat den Uterus allmählich mit Blutgerinnseln ausgefüllt und wahrscheinlich ist die Blutung durch die Repositionsversuche vermehrt worden, denn nach denselben wurden die Inkarzerationssymptome viel schwerer.

Der Fall bietet ein gewisses Interesse auch in anderen Hinsichten. Die größte Gefahr bei schweren Inkarzerationen ist, wie bekannt, die Blasengangrän. Zeichen einer solchen existierten nicht hier. Dagegen traten wirkliche Ileussymptome auf, und diese gehören zu den größten Seltenheiten; trotz stärkster Kompression des Darmes sind sie fast immer durch Abführmittel und Klystiere zu beseitigen.

In der reichlichen Kasuistik von Dührssen trifft man nur zwei Fälle von wirklichem Darmverschluß, die beide letal endeten. — In diesem Falle war noch ein Symptom vorhanden, das gewöhnlich nicht viel hervorgehoben wird, das aber hier während der letzten 24 Stunden fast das vorherrschende war, nämlich die äußerst schweren Schmerzen im Kreuze und in den Schenkeln.

Da alle Versuche, den Uterus zu reponieren erfolglos blieben, war ein mehr effektiver Eingriff notwendig. Die Aussichten, durch Laparotomie die starke Einklemmuug zu heben, schienen mir sehr gering, und da auf dem Fötus keine Rücksicht zu nehmen war, entschloß ich mich für eine hintere Kolpotomie und hatte keine Ursache, es zu bereuen. Die Operation bot keine größeren Schwierigkeiten dar, das Peritoneum wurde nicht geöffnet und der Verlauf war durchaus gut. Die bestehende Retroversio verursachten keine Beschwerden, und zwei Jahre später wurde die Frau von einem reifen Kinde entbunden. Das Resultat ließ also nichts zu wünschen übrig. Nach diesem Falle zu urteilen kann man diese Methode sehr wohl unter die chirurgischen Eingriffe für irreponible Inkarzerationen des Uterus einreihen. Die Eröffnung des Douglas, die man hier vermeiden konnte, wird jedoch in den meisten Fällen nötig werden.

Neue Bücher.

1) **Wille** (Braunschweig). Nervenleiden und Frauenleiden.

Stuttgart, **Ferdinand Enke**, 1902.

Das 48 Druckseiten umfassende Werkchen zerfällt in 2 Teile. Im 1. Teile werden an der Hand der wichtigsten strittigen Punkte: Retroflexion, Menstruation, Schwangerschaft, die Wechselbeziehungen zwischen Genitalleiden und Affektionen des Zentralnervensystems erörtert. In Bezug auf die Retroflexio stellt sich Verf. auf den Boden der neueren Anschauung, wie sie zuerst von Vedeler, Salin, dann von Theilhaber, Winter, Freudenberg, Schroeder, Krönig-Feuchtwanger aufgestellt wurde und die alte Schultze'sche Lehre erschüttert hat. Die divergierenden Ansichten über die Symptomatologie der Retroflexio allein beweist, wie widerspruchsvoll die gynäkologische Symptomlehre in wichtigen Punkten ist. Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß objektive Erkrankungen der Geschlechtsorgane (Ovarialcysten, Myome, Karzinome, chronische Exsudate, sogar die enorm häufige Endometritis) von auffallend geringer Allgemeinwirkung sind, und daß geringfügige Genitalleiden bei frischen Lebensgeistern kaum empfunden werden. Dagegen bedingen die physiologischen Vorgänge: Menstruation und Gravidität als Funktionen des Gesamtkörpers reflektierte Störungen. In dieser Beziehung werden für die Menstruation Erhöhung von Blutdruck und Pulsfrequenz, Vergrößerung der Lungenkapazität u. dgl., für die Gravidität die gleichzeitigen Veränderungen an Uterus, Eier-

stock und Brüsten ins Feld geführt. Im besonderen beweisen die in der Behandlung der Endometritis dysmenorrhoica mittels Antipyrin, Brom, Cocainisierung der Nasenschleimhaut, Sondenberührung der Schleimhaut erzielten Erfolge, daß es sich bei dieser Erkrankung um eine funktionelle Übererregung handelt, mag auch der Anstoß zur Menstruation von der inneren Sekretion der Ovarien gegeben werden. Bei starken Koliken wird die Durchschneidung des »Sphincter orificii interni« nach Theilhaber empfohlen. Das Erbrechen der Schwangeren muß im Wesen der Gravidität liegen, die Hyperemesis kann im Einzelfalle an hysterischen Stigmata als Hysterie erkannt werden und muß dann suggestiv unter Zuhilfenahme von Brom-Valerianaklysmata behandelt werden. Der psychische Eindruck von Sexualleiden auf die Frau wird nach Ansicht des Verf. erheblich überschätzt; vielmehr verursacht die Furcht vor Sexualleiden (Krebs), die beständige Angst vor Schwangerschaft etc. schwere Nervenschädigungen. Die unbefriedigte Libido sexualis, die Masturbation u. dgl. sind nicht die Ursache von solchen, sondern haben eine gemeinschaftliche Ursache in konstitutionellen Schäden.

Der 2. Teil der Monographie versucht Anhaltspunkte zur genaueren Diagnose zu geben. Da ein großer Teil der in die Behandlung des Frauenarztes tretenden Kranken nicht genitalkrank, sondern anämisch oder neurotisch ist, so ist eine genaue Kenntnis der allgemeinen Neurosen (Hysterie, Neurasthenie, Nervosität) unerläßlich. Die Nervosität ist nicht zu entbehren; sie ist der mildeste Ausdruck einer minderwertigen Organisation des zentralen Nervensystems. Brauchbare Hinweise auf Hysterie sind: Übertreibung, Vielheit und Wechsel der Beschwerden, Fehlen des Bindehaut- und Rachenreflexes, Steigerung des Kniereflexes, konzentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes, beschränkte Hauthyperästhesien, Ovarie. Diagnostisch sind Unterleibsbeschwerden genau auf ihre Beziehung zu genitalen Organleiden zu betrachten, nervöse und organische Schmerzen wohl zu trennen: Alle organisch bedingten Genitalbeschwerden pflegen sich bei der Periode zu steigern. Bauch- und Rückenschmerzen indizieren operative Eingriffe nur bei sicherer Abhängigkeit von Organverändenungen; alsdann ist die radikale Operation aber den langwierigen, unsicheren, unangenehmen Palliativverfahren (Badekuren ausgenommen) vorzuziehen. **Bruno Bosse** (Chemnitz).

---

2) **H. Bollenhagen** (Würzburg). I. Die Menstruation und deren Störungen. II. Gonorrhoe und Unfruchtbarkeit des Weibes. III. Lageveränderungen und Geschwülste der Gebärmutter.

(Schumann's medizinische Volksbücher.)
Leipzig, **J. F. W. Schumann**, 1902.

Es sind wahrlich nicht die einzigen allgemein verständlichen und zur Aufklärung bestimmten Bücher, welche, die Physiologie

und Pathologie der weiblichen Genitalien behandelnd, in letzter Zeit erschienen sind — aber, um das vorab zu nehmen, es sind bei weitem die besten. Jedem Gebildeten — und nur für solche wird der Arzt schreiben — sofort verständlich, auf den modernsten Ansichten und neuesten Forschungen basierend (letzteres besonders auch bei Besprechung der Eireifung und Goodman'schen Wellenbewegung hervortretend) hat hier ein Gynäkolog in streng wissenschaftlicher Weise Ansichten und Belehrungen niedergeschrieben, die jeder Frau, die sie liest, nie schaden, wohl aber unendlichen Nutzen bringen können. Besonders hervorheben möchte Ref. in dem ersten Buche den Absatz über Eireifung und Ovulation im Zusammenhange mit der Menstruation, wobei B. der Ansicht ist, daß fast stets das Ei der erst ausbleibenden Periode das befruchtete ist, den Absatz über Schmerzen bei der Menstruation, vor allem aber den über die Prophylaxe der Menstruationsstörungen, die, wie B. leider sehr Recht hat, auch gerade in den höheren Ständen noch in unglaublicher Weise vernachlässigt wird. Die Ansicht B.'s bei Besprechung der Erziehung wird nicht jeder teilen; meines Erachtens ist es zweifellos viel besser, wenn eine vernünftige Mutter die Tochter so früh als möglich sowohl über die Menses wie über gewisse Dinge des geschlechtlichen Lebens informiert, und glaube ich nicht, daß einige Mädchen dadurch »frivol« werden; das werden sie wohl eher, wenn sie — was heute ja sehr bald geschieht — von ihren Gespielinnen in meist anderer Weise mit diesen Sachen bekannt gemacht werden. Genau wird über Kleidung und Waschungen — Spülungen wären vielleicht besser — Rat erteilt, und verständigerweise beschränkt sich B. — das ist ein außerordentlicher Vorzug aller drei Bücher — stets nur darauf, allgemeine hygienische Verhaltungsmaßregeln zu geben, ohne auch nur ein einziges Mal die spezielle Therapie zu berühren; als kleine Intermezzi kommen überall einige attische Bemerkungen über Frauenrechtlerinnen vor. Der Absatz über Entwicklungsstörungen ist sehr präzis und klar, das über Hämatometra u. ä. Gesagte etwas zu eingehend; dem Ref. fällt auf, daß auch nach B. die Hypertrophie der kleinen Labien eine Folge von Onanie sein soll — eine Ansicht, die allerdings weitverbreitet auch in bekannten Lehrbüchern sich findet, aber durch nichts bewiesen ist. Die Schmerzen bei der Menstruation werden genau nach ihren Ursachen im Zusammenhange besprochen, besonders auch die Schmerzen »nervöser« Natur. Bei den zu starken Blutungen vermißt man den scharfen Hinweis auf das Karzinom, ein Hinweis, der in einem solchen Buche nicht häufig und scharf genug wiederkehren kann.

In dem zweiten Buche reduziert B. zunächst nach einer humorvollen Besprechung der geringen Einschätzung des Trippers in früheren Zeiten die pessimistische Ansicht Noeggerath's auf das ihr gebührende, allerdings immer noch schlimme Maß. In ausführlicher Weise werden dann die Symptome der Gonorrhoe besprochen,

ihre Entstehung, pathologische Anatomie und Bakteriologie — letzteres etwas zu breit, indes ist andererseits auch wieder der Zusammenhang zwischen der Gonorrhoe und subjektiven Beschwerden, besonders auch vom Pelveoperitoneum aus, ausgezeichnet geschildert. In ernster und eindringlicher Weise ist die Bedeutung der Gonorrhoe für die Gesundheit und das Wohlergehen der Frauen hervorgehoben, ebenso die Gefahr für das Kind. B. geht indes wohl zu weit, wenn er für den Mißkredit, in den — der Hygiea sei Lob und Dank! — die Hochzeitsreisen gekommen sind, vielfach die Gonorrhoe des Eheherrn verantwortlich macht; da kommen denn doch noch viele andere kleine Sachen in Betracht. Die Prognose der Gonorrhoe schildert B. ernst, ohne aber den armen Betroffenen allen Mut zu nehmen. Wahrhaft golden sind seine Worte über die Prophylaxe — mögen sie recht viele männliche Ohren finden! Wenn aber B. hier meint, das Rezept der »Frauenvereine« sei, vom Manne vollständige Abstinenz zu verlangen, so ist das doch wohl ein Irrtum; eine so bittere Medizin ordinieren sie nicht.

Das dritte Bändchen behandelt die Lageveränderungen und Geschwülste des Uterus. Ref. kann sich auf die Bemerkung beschränken, daß alles, was Gutes über die beiden ersten Arbeiten gesagt ist, auch für diese gilt; hervorzuheben sind als vor allem instruktiv die Absätze über Rückwärtsknickung und ihre Folgen und die Vorschriften für Frauen, welche ein Pessar tragen müssen.

Wenn bezüglich aller drei Bändchen noch ein Wunsch zu äußern wäre, so ginge er dahin, in einer zweiten Auflage Illustrationen, wenn auch wenige, beizufügen.

Als Arzt wird man oft von intelligenten Pat., die sich nicht nur für ihr Leiden, sondern auch die Physiologie ihrer wichtigsten Organe — denn das sind die Genitalien nun doch einmal bei den Frauen — interessieren, nach einem guten Buche über diesen Gegenstand gefragt. Die B.'schen können nach allen Richtungen hin zu diesem Zwecke nur auf das Wärmste empfohlen werden.

Vogel (Aachen).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. Oktober 1902.

Präsident: Prof. Kouwer; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Bericht der vor zwei Jahren ernannten Kommission zur Fertigstellung einer Karzinomstatistik, die zusammen mit dringender Aufforderung und Anleitung zur rechtzeitigen Stellung der Diagnose an alle Ärzte Niederlands geschickt werden soll. Die Arbeit, mit 3 Farbendrucktafeln versehen, ist fertig und wird vorgelegt. Einstimmig wird beschlossen, auf Kosten der Gesellschaft die Arbeit drucken und unentgeltlich in Niederland verteilen zu lassen. Die Gesamtkosten betragen etwas über 1000 ℳ.

Kouwer berichtet als offizieller Vertreter Niederlands über den internationalen gynäkologischen Kongreß in Rom. Ganz besonders hebt er hervor, daß der Empfang seitens des dortigen Komitees sehr viel zu wünschen übrig gelassen habe, und selbst die offiziellen Vertreter anderer Länder die Organisation unter aller Kritik gefunden hätten.

Nijhoff demonstriert:

1) Uterus mit Cervixkarzinom und sekundärer Hämatometra, durch abdominale Totalexstirpation gewonnen; primär glatte Heilung.

2) Uterus gravidus m. IV mit Karzinom der hinteren Lippe, durch vaginale Totalexstirpation bei einer 34jährigen Multipara gewonnen. Außer einer Phlegmasia alba ungestörte Heilung.

3) Photographien einer Pat. mit Spondylolisthesis, bei der er vor 4 Monaten Sectio caesarea mit gutem Verlaufe für die Mutter ausführte. Das Kind starb.

(Soll später ausführlich beschrieben werden.)

Über Nijhoff's Verfahren im 2. Falle entspinnt sich eine längere Diskussion, in der Mendez de Léon und Driessen sich entschieden gegen das sofortige Einschreiten, Kouwer entschieden für sofortiges Einschreiten trotz der Schwangerschaft erklären. Van der Velde ist mehr für exspektatives Verhalten, Oidtman für Individualisieren, Wolff meint, daß das Leben des Kindes bei Karzinom der Mutter doch nur geringeren Wert in die Wagschale werfen kann. Schoemaker betont, daß der Verlauf jedes auch nicht durch Schwangerschaft komplizierten Karzinoms oft so überraschend schnell ist, daß er sich jeder Berechnung entzieht.

Nijhoff hält im Schlußwort an seiner Auffassung fest, daß man bei Karzinom, auch wenn es durch Schwangerschaft kompliziert sei, prinzipiell so rasch wie irgend möglich radikal vorgehen müsse. Daß er selbst trotzdem 8 Tage gewartet hat, lag an äußeren Schwierigkeiten, die sofortiges Eingreifen nicht gestatteten.

Van der Velde empfiehlt den Thalmann-Agar sehr warm zum Stellen der oft sehr schwierigen Diagnose auf chronische Gonorrhoe (mit Demonstration von Kulturen).

Kouwer demonstriert einen puerperalen Uterus mit Karzinom, den er einen Tag post partum mit Laparotomie entfernte. Pat. machte eine glatte Genesung durch. Von den Kindern (Zwillingen) starb das zweite intra partum Die Operation ist nur darum nicht sofort post partum gemacht worden, weil die äußeren Bedingungen für die Operation nicht günstig waren.

Sitzung vom 16. November 1902.

Präsident: Prof. Treub; Schriftführerin: Dr. van Tussenbroek.

Josselin de Jong faßt das histologische Resultat seiner im Mai demonstrierten Fälle von Uterussarkom zusammen, und kommt zu im wesentlichen mit der Hansemann'schen Auffassung übereinstimmenden Resultaten. Klinisch verdächtig auf Sarkom hält er folgende Symptome:

1) Wachstum eines Fibromyoms nach der Menopause.
2) Postklimakterische Blutungen bei Myom.
3) Kachexie.
4) Ascites.
5) Weichheit und schnelles Wachstum eines Tumors.
6) Rasches Rezidiv nach Entfernung eines fibrösen Polypen.

Treub hält postklimakterische Blutungen bei Myom weit häufiger für die Folgen von Nekrose; Weichheit kommt auch bei Teleangiektasie und bei Überwiegen der Muskelelemente im Fibromyom vor, Ascites an und für sich ist kein Zeichen der Malignität.

Kouwer hält einen starken Ascites für ein Zeichen von Malignität. Ascites in geringem Grade hat er auch bei gutartigen Tumoren hier und da gesehen. Im allgemeinen ist sarkomatöse Degeneration sehr selten.

Barnouw hat unter 300 Myomen, die er jahrelang beobachtete und wovon er nur 30 operiert hat, nur einmal maligne Degeneration konstatiert.

Van Oordt: Über Collargol bei Puerperalfieber.

Frau mit Puerperalfieber, schwerer Allgemeinzustand, Temperatur 40°; Uterusirrigationen erfolglos. Nach 60 mg Collargol intravenös innerhalb 24 Stunden Verbesserung des Zustandes, 38°, darauf völlige Heilung. van O. ist im Zweifel, ob die Wirkung wirklich nur dem Collargol zuzuschreiben ist.

Kouwer hat 2 Pat. ohne Erfolg mit Collargol behandelt, beide starben.

Driessen hat in einem Falle Collargol extern angewandt, ohne Erfolg; nach Injektion von Antistreptokokkenserum trat Heilung ein. In einem 2. Falle hat er Collargol intravenös angewendet, ebenfalls ohne Erfolg.

Schoemaker hat das Unguentum Credé im Haag'schen Allgemeinen Krankenhause sehr häufig angewendet; er hat den Eindruck, daß es den subjektiven Zustand verbessert, aber nicht heilend wirkt.

Van der Velde ist auch vom Erfolge des Collargol nicht überzeugt. Heilresultate kann er nicht berichten, jedoch bemerkte er nach Anwendung des Mittels eine starke Zunahme der weißen Blutkörperchen. Antiseptisch wirkt Collargol nur wenig.

Josselin de Jong hat an sich selbst erfahren, daß Collargol weder das subjektive Gefühl noch die Infektion zu lindern imstande ist. Bei einer von ihm selbst überstandenen Staphylokokkeninfektion versagte das Mittel total.

Ribbius und Pompe van Meerdervoort haben nie den geringsten Erfolg gesehen.

Treub hat ebenfalls in einem Falle von Sepsis Collargol ohne jegliches Resultat angewendet.

Van der Velde demonstriert:

1) Placenta mit retroplacentarem Bluterguß.

2) Instrument von Bossi zur Dilatation der Cervix und die Schweinsblasen von Baumm.

Kouwer wundert sich, daß van der Velde so häufig in die Lage kommt, die Cervix artifiziell zu dilatieren und warnt vor zu häufiger Anwendung derartiger Instrumente.

Treub bemerkt, daß die sog. Baumm'sche Schweinsblase lange vor dem Kolpeurynter von Braun bekannt war, und Baumm's einziges Verdienst ist, sie in Alkohol gelegt zu haben.

Sitzung vom 14. Dezember 1902.

Präsident: Prof. Treub; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Kouwer: Zur Therapie der Gesichtslagen.

1) IXpara, 24 Stunden in partu, von anderer Seite erfolglos mit Zangen- und Wendungsversuchen behandelt, Kopf im Becken, Kontraktionsring 4 Finger über der Symphyse. Bimanuell von außen und innen Umwandlung in Hinterhauptslage, darauf Forceps. Kind asphyktisch, stirbt; wie die Sektion ergibt, infolge von Larynxödem wegen des draußen ausgeübten Zangendruckes. 3330 g.

2) IIIpara, poliklinisch behandelt, Korrektion der Lage durch Praktikanten und Assistenten 24 und 30 Stunden nach Beginn der Geburt erfolglos versucht. In der Klinik wird 44 Stunden nach dem Beginn in Narkose die Wendung wegen hochstehendem Kontraktionsring unmöglich, Korrektion leicht erreicht, ohne daß dabei der Rumpf mit gedreht wird. Darauf lebendes Kind von 4250 g mit Forceps. Der Kopf war vorher zu $1/3$ im kleinen Becken.

3) VIIIpara. Bei verstrichenem Muttermunde konstatiert der Kandidat Schulterlage, der Assistent verändert diese bimanuell in Gesichtslage. 10 Stunden später korrigiert K. dieselbe leicht zur Hinterhauptslage, ohne dabei, ebensowenig

wie bei 1) und 2) den Rumpf mit zu korrigieren. Darauf mit Forceps leicht ein lebendes Kind von 3500 g.

In Utrecht waren seit Februar 1899 auf 4481 Geburten 20 Gesichtslagen beobachtet, darunter nur eine (von 772) bei einer Primipara. In 15 Fällen spontaner Partus, darunter 11 Kinder lebend, 2 tot infolge zu langer Dauer, 2 infolge von Ursachen, die mit der Lage und Therapie nichts zu tun haben.

In 2 Fällen wurde eine Beckenausgangszange ohne Korrektion gemacht, beide Kinder lebend. In den 3 übrigen Fällen Korrektion, wie beschrieben.

Nach Kritik der einschlägigen Ansichten von Simon Thomas, Thorn, Schatz, Olshausen-Veit und Treub kommt K. auf die von ihm angewendete Methode zurück, die nichts anderes sei, als der alte Handgriff von Baudelocque, mit dem Unterschied jedoch, daß K. weiter geht, und auch bei sehr vorgeschrittener Austreibung, wie ersichtlich, gute Erfolge erzielt hat. Er hält die bimanuelle Umwandlung der Gesichtslage in Schädellage indiziert:

1) Bei dringender Gefahr (was sehr selten vorkommt).

2) Wenn die Wendung wegen Hochstand des Kontraktionsringes unmöglich resp. gefährlich ist.

3) Wenn das Gesicht den Beckenboden noch nicht erreicht hat.

Ribbius fragt, warum Kouwer sofort die Zangenextraktion angeschlossen habe.

Schoemaker fragt, warum Kouwer im 3. Falle nicht Wendung versucht hat.

Kouwer fand im 3. Falle mit Rücksicht auf die sehr lange, poliklinisch beobachtete Dauer der Geburt die Korrektion, die ihm vorher 2mal so leicht gelungen war, für weniger gefährlich, als die Wendung. Daß er stets die Zange anlegte, geschah, weil die Geburt in allen 3 Fällen so lange gedauert hatte, daß er im Interesse der Mütter deren Beendigung für erwünscht hielt, und umsomehr, als dieselben ja doch für die Korrektion schon chloroformiert waren und die Zange in keiner Weise kontraindiziert war.

Pompe van Meerdervoort fragt, ob Kouwer keinen Unterschied zwischen Gesichtslage am Anfang und am Ende der Geburt macht.

Kouwer antwortet, daß er ja gerade die Fälle im Auge habe, bei denen bisher wegen zu weit fortgeschrittener Geburt keine Repositionsversuche mehr gewagt wurden. In früheren Stadien ist es leicht möglich, daß Kopfkorrektion ohne Rumpfkorrektion kein Resultat gibt.

Treub bedauert, daß in den betreffenden Fällen vor der Korrektion kein Zangenversuch gemacht wurde. Möglicherweise wäre mit der Zange in diesen Fällen auch ohne Korrektion der gleiche Erfolg erzielt worden.

Kouwer hält die Zange in Gesichtslage für weniger empfehlenswert, als Korrektion mit oder ohne Zange in Hinterhauptslage.

Pompe van Meerdervoort berichtet über einen Fall von Papilloma uteri.

51jährige Ipara, seit 12 Jahren im Klimakterium. Seit 2 Jahren Fluor, mit Blutungen abwechselnd, sonst keine Symptome. Uterus etwas vergrößert, Adnexa frei. Probeexkochleation wird verweigert.

$1^1/_2$ Jahre später kommt Pat. wieder, schwach, fiebernd, mit sehr empfindlichem, kindskopfgroßem Uterus. Im Uterus bröcklige Massen; etwas Ascites.

Probeexkochleation: Keine maligne Affektion, sondern gutartiges Papillom.

Nachdem Pat. sich etwas erholt hatte, wurde Totalexstirpation vorgenommen, der sie 36 Stunden später erlag.

Das Präparat stellt einen makroskopisch maligne aussehenden Tumor dar, der offenbar von der Uterusmukosa ausgegangen ist und an verschiedenen Stellen in die Muscularis übergreift. Mikroskopisch war es ein Papillom, das nur an einzelnen Stellen der Malignität verdächtig ist.

Uterus und Präparate werden demonstriert.

Treub findet, daß makroskopisch sowie klinisch kein Zweifel bestehen könne, daß es sich um ein Karzinom handle. Wenn das Neoplasma so sehr in das um-

liegende Gewebe hineingefressen hat, wie in diesem Falle, dann hält er trotz der negativen mikroskopischen Bilder an der Diagnose Karzinom fest.

Pompe hat klinische Malignität ausgeschlossen, weil keine Metastasen da waren. Mikroskopisch hält er diesen Fall für vollkommen atypisch.

Driessen konstatiert, daß er im Gegensatz zu Pompe auch dessen mikroskopische hier vorliegenden Präparate für ein ganz typisches Karzinom halten müsse, das völlig mit dem makroskopischen Aspekt des exstirpierten Tumors in Einklang zu bringen ist.

Stratz: Modifikation der Operation von Wyllie.

S. bekam eine 26jährige Dame aus Indien in Behandlung. Seit 3 Jahren war dieselbe steril verheiratet, litt immer an Dysmenorrhoe, die nach der Heirat stark zunahm; unerträgliche Schmerzen bei Coitus, Dysurie und Pollakurie. Hatte einen Abort von 2 Monaten, und war nachher mit Pessar behandelt, ohne daß Besserung eintrat. Jetzt hochgradiger nervöser Zustand mit Selbstmordgedanken.

Status. Uterus verdickt, mit nußgroßem (4 cm Durchmesser) Myom in der vorderen Wand, durch Pessar in Anteflexion gehalten. Im Douglas, hinter dem Bügel des Pessars, die außerordentlich empfindlichen, vergrößerten Ovarien, von denen das linke einige harte Auswüchse fühlen läßt. Nach Entfernung des Pessars vermindern sich die Schmerzen, der Uterus sinkt aber sofort in den Douglas zurück.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis. Myoma uteri. Descensus ovariorum. Fibromata ovarii sin.

27. August 1902 Laparotomie. Enukleation des Myoms, darauf werden beide Ligg. rotunda in einer Doppelfalte zusammengenäht nach Wyllie's Methode. Die Ligaturen werden jedoch unter den Tuben durch um die Basis des jeweiligen Ovariums gelegt, so daß beim Anziehen derselben auch das Ovarium nach vorn und oben befestigt wird. An der linken Seite werden die zwei kleinen Fibrome ausgeschält und die geringfügige Blutung durch Umstechung mit der bleibenden Ligatur leicht gestillt. Auf diese Weise ist sowohl die Retroflexio als auch der Descensus ovariorum aufgehoben und zugleich das Myom beseitigt worden. Verlauf glatt. Pat. fühlt sich seitdem (6 Monate) völlig wohl.

Treub hat einmal die Operation von Wyllie versucht, konnte aber nach Öffnung der Bauchhöhle die Ligg. rot. nicht gut finden und machte darum Ventrofixation.

Stratz fand auch in seinem Falle die Ligamenta rotunda an der peripheren Seite nicht sofort. Dagegen war es sehr leicht, nach Anziehen des Uterus von der uterinen Seite aus den Verlauf der Ligg. rotunda nach außen zu verfolgen.

van der Velde demonstriert eine verbesserte Form seiner Hebotomienadel mit stärkerer Krümmung. Er war in der Lage, dieselbe kurz zuvor bei seiner dritten Hebotomie anzuwenden; jede Zerreißung von Gewebe wird dadurch vermieden (Pat. hat ein glattes Wochenbett durchgemacht).

Ligterink demonstriert ein Monstrum mit angeborenem Ascites, der als Geburtshindernis wirkte und Perforation des Abdomens nötig machte. Mikroskopische Untersuchung folgt.

Ribbius berichtet über einen Fall von Kolpaporrhexis.

34jährige IIIpara, wiederholte fruchtlose Zangenversuche, bei denen eine alte Narbe links von der Cervix entdeckt wurde. In der Klinik wurde ein Sakraltumor und eine Uterusruptur diagnostiziert. Das Kind lag in der Bauchhöhle, wurde von R. durch Wendung entwickelt und konnte nur durch Perforation des nachfolgenden Kopfes ganz entfernt werden. Placenta lag in der Bauchhöhle; wenig Blutverlust. Tamponade. Hypodermoklyse. Morgens 36,8, Zustand gut. Nachmittags 38,2. Abends Exitus letalis. Die Sektion ergab Peritonitis als Todesursache. Der Riß setzte sich durch das ganze Lig. latum fort.

Treub demonstriert einen Uterus bilocularis, den er vaginal exstirpierte. An dem Präparat ist ersichtlich, daß es sich um einen linksseitigen Pyokolpos handelte, der offenbar aus früherem Hämatokolpos hervorgegangen ist.

C. H. Stratz (den Haag).

---

4) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. Hft. 5.

1) F. Ahlfeld (Marburg). Die Zuverlässigkeit der Heißwasser-Alkohol-Händedesinfektion.

In einem Falle der Marburger Klinik mußte eine durch Metreuryse und Perforation begonnene Entbindung durch Porrooperation beendet werden. Intra partum hatte sich eine schwere septische Endometritis ausgebildet. Der durch die vielfachen inneren Untersuchungen (die letzte ca. 3 Stunden vor der Laparotomie) infizierte Operateur konnte seine Hände nach der Ahlfeld'schen Methode steril machen. Die Operation und die Rekonvaleszenz der Wöchnerin verliefen völlig glatt. Es handelte sich um Staphylokokkus-Tetragenusinfektion des Uterus.

Dieser Fall wird ebenso wie der von Lauenstein publizierte (Münchener med. Wochenschrift 1902 Nr. 30) als einwandsfreier Beweis für die absolute Sicherheit der Heißwasser-Alkoholdesinfektion angeführt.

2) A. Mueller (München). Zur Kasuistik der Portio verticalis (Mittelscheitellage Kehrer's).

Genaue Beschreibung eines Falles, bei dem die Geburt völlig spontan verlief.

3) O. Fellner (Wien). Über den Blutdruck in Schwangerschaft und Geburt.

Polemische Erwiderung auf die Arbeit von H. Schroeder (»Weitere Untersuchungen über das Verhalten des Blutdruckes und über Gefrierpunktsbestimmungen in der Schwangerschaft unter normalen und pathologischen Verhältnissen«, Festschrift für Fritsch). Ein näheres Eingehen auf die Arbeit würde über die dem Referate gesetzten Grenzen hinausgehen.

4) F. Kermauner (Heidelberg). Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen bei Atresie und Stenose der Scheide.

Zunächst wird ein Fall von Konzeption nach Kolpokleisis beschrieben. Die Operation war wegen Blasen-Scheidenfistel (handtellergroßer Defekt der vorderen Vaginalwand) ausgeführt worden. Die Harnröhre war für einen Finger durchgängig. Sectio caesarea nach Porro (Rosthorn) mit Einnähung des Stumpfes in die Bauchdecken. Lebendes, nahezu ausgetragenes Kind, glatter Verlauf. Die Kohabitation mußte durch die Urethra erfolgt sein. Bemerkenswert war, daß im Gegensatze zu anderen bekannt gewordenen Fällen die Gravidität nicht vorzeitig unterbrochen wurde. Für den Entschluß zum Kaiserschnitte war vor allem die erhebliche Beckenverengerung, sodann auch das Bestreben, die Kolpokleisis zu erhalten, maßgebend. Die Porrooperation wurde gewählt, weil andernfalls eine Störung des Lochienabflusses zu befürchten gewesen wäre. — In einem anderen Falle von Blasen-Scheidenfistel trat Konzeption bei noch bestehender Fistel ein. Im Anschlusse an die 1. Geburt, bei der die Fistel entstanden war, hatte sich eine puerperale Gangrän der Scheide entwickelt, die mit Hinterlassung umfangreicher Narben ausheilte. Im 5. Monate der 2. Gravidität wurde die Fistel operativ geschlossen. Da das Becken nicht stark verengt war, wurde weiterhin ein abwartendes Verhalten befolgt. Die Geburt verlief protrahiert, aber spontan. Die Narben dehnten sich. Geburt eines leicht asphyktischen, schnell wiederbelebten, fast ausgetragenen Kindes. Wochenbett fieberfrei. Im Wochenbette entstand wiederum eine kleine Blasen-Scheidenfistel, die später durch Paquelinisierung geheilt wurde. Der Austritt des Kindes erfolgte in Stirnlage mit abnormer Rotation. Zwei Möglichkeiten des Geburtsmechanismus sind denkbar: Entweder konnte der Kopf sich in Hinterhauptslage mit stark gesenkter kleiner Fontanelle eingestellt haben; beim Tiefertreten konnte infolge der abnormen Narbenwiderstände sekundär eine Stirnlage entstanden sein. Oder die Stirnlage hatte von vornherein, schon bei Passieren des Beckeneinganges bestanden. Die abnorme Rotation bei Stirnlagen (Austritt mit nach hinten gerichtetem Kinn) ist bisher erst in 4 Fällen beobachtet worden.

5) F. Berndt (Stralsund). **Ein Fall von großer Blasen-Scheidenfistel mit fast völligem Defekte der Harnröhre. Wiederherstellung der Funktion.**

Die Fistel war auf eine Geburt (36jährige VIpara) zurückzuführen, die nach 5tägigem Kreißen durch Perforation beendet wurde. Mehrere Zangenversuche an dem in Stirnlage stehenden Kindskopfe waren vorausgegangen. Unmittelbar nach der Geburt unwillkürlicher Urinabgang. Kolossale, sich fast durch die ganze Harnröhre erstreckende Blasen-Scheidenfistel. Nur eine 3—5 mm breite Brücke der unteren Urethralwand am Orificium urethrae externum war erhalten geblieben. In 2 Operationen wurde ein voller Erfolg erzielt. Zunächst wurde nach Mackenrodt die Blase von der Scheide losgelöst. Durch Vorziehen des hinteren Randes des Blasendefektes nach vorn ließ sich ein zungenförmiger Lappen bilden, der nicht nur den Defekt in der Blasenwand, sondern auch den hinteren Teil der Urethralrinne deckte. Der Lappen heilte reaktionslos ein. In einer 2. Operation wurde eine neue Harnröhre gebildet. Aus der vorderen Vaginalwand und den angrenzenden Partien der kleinen Labien wurden 2 viereckige Lappen gebildet. Einer derselben wurde so umgeschlagen, daß er mit seiner nach innen sehenden Schleimhautfläche die Urethralrinne zu einem cylindrischen Rohre abschloß. Über den in dieser Lage fixierten Lappen wurde der zweite, größere Lappen hinübergezogen, wodurch die Wundflächen der beiden Lappen aufeinander gelagert wurden. Reaktionslose Heilung.

Der Erfolg war ausgezeichnet, die Kontinenz vollkommen. Während der Nacht braucht die Pat. überhaupt nicht zu urinieren. Am Tage kann sie den Urin im Sitzen 4—5 Stunden, beim Stehen und bei angestrengter Arbeit 2 bis 3 Stunden halten. Die Blase faßt bequem 370 ccm Harn, der willkürlich in kräftigem Strahle entleert wird.

Durch beigegebene Zeichnungen wird die äußerst sinnreiche und geschickte Operationsmethode sehr klar erläutert.

6) Curschmann (Gießen). **Bietet der quere Fundalschnitt bei der Sectio caesarea (G. Fritsch) gegenüber dem Längsschnitt durch die Korpuswand Vorteile?**

Die Arbeit, welche in 3 Nummern dieser Zeitschrift 65 Seiten bedeckt, trägt den Charakter eines etwas langatmigen Sammelreferates. Die Literatur ist vollständig zusammengestellt.

Verf. hatte die Absicht, eigene anatomische Untersuchungen an Korrosionspräparaten des puerperalen Uterus anzustellen. Diese Absicht ließ sich leider nicht ausführen. C. mußte sich also darauf beschränken, die vorhandenen anatomischen Befunde zu sammeln. Dieser Aufgabe hat er sich mit großem Fleiße unterzogen.

Die eigenen Anschauungen des Verf. kommen in theoretischen Deduktionen zum Ausdrucke, denen eine etwas knappere Fassung wohl vorteilhafter gewesen wäre. Das Resumé ist die Behauptung, daß »der quere Fundalschnitt bei der Sectio caesarea gegenüber dem Längsschnitte nicht die von ihm versprochenen Vorteile bringt«. Der Anhang, eine zahlenmäßige Übersicht über die bis jetzt veröffentlichten Fälle von Querschnitt im Fundus ist der lehrreichste und praktisch wichtigste Teil der Arbeit.

Daß C. versehentlich G. Fritsch anstatt H. Fritsch schreibt, bedürfte eigentlich keiner Korrektur. Um wen es sich handelt, wird wohl jeder wissen.

Stoeckel (Bonn).

---

5) Annal. de gynécol. et d'obstétr. 1902. März—Juni.

1) Franta (Prag). **Echinokokkus-Cysten des kleinen Beckens als Geburtshindernisse.**

Der Autor hat aus der Literatur 37 Fälle gesammelt, bei welchen ein im kleinen Becken sitzender Echinokokkussack Ursache zu Geburtsstörungen gegeben hat. Frankreich und Deutschland stehen in der Anzahl der mitgeteilten Kranken-

geschichten an erster Stelle. Unter 32 Fällen waren 13 Iparae und 19 Pluriparae. 22mal handelte es sich um eine einzige Cyste und 14mal um multiple Cysten, in dem Falle von v. Winckel waren es mehr als 1000. Der Inhalt betrug einmal bis zu 12 Liter. Der Sitz der Geschwulst war sehr verschieden, bald im Douglas, bald im Lig. lat., dann auf dem Os sacrum, dem Mesenterium.

Unter 51 Geburten verliefen nur 8 vollkommen spontan, während es sich bei allen übrigen entweder um Verkleinerung der Cyste oder um operative Entbindungen durch Wendung, Zange, Perforation, selbst den Kaiserschnitt handelte.

Cysten in der Wand des Uterus prädisponieren immer zu Uterusruptur.

Das Wochenbett war in 78% der Fälle gestört, zum Teil durch sehr ernsthafte Komplikationen.

Multiple Cysten stellen immer eine viel größere Gefahr für die Mutter dar als einkammerige Cysten.

Über Operationen von Echinokokkuscysten während der Gravidität ist 22mal in der Literatur berichtet. Unter 15 Operierten, bei denen die Zahl der Geburten notiert ist, waren 12 Pluriparae. 17mal handelte es sich um eine einzige, 5mal um mehrfache Cysten.

Die Laparotomie gab bessere Resultate als die Punktion; 8mal fand eine Unterbrechung der Schwangerschaft statt, sie ist jedoch nur in 2 Fällen als eine direkte Folge der Operation anzusehen.

Die Schwangerschaft scheint nicht nur das Wachstum der Echinokokkuscysten zu begünstigen, sondern auch Vereiterung und Perforation derselben hervorzurufen. Einen gleichfalls sehr ungünstigen Einfluß können Geburt und Wochenbett äußern. Abgesehen von den so eben erwähnten Veränderungen verursachen die Cysten im Wochenbett nicht selten ungemein heftige Schmerzen.

Schließlich ergibt sich aus der Zusammenstellung einer Reihe von Statistiken, daß das Alter zwischen 20 und 40 Jahren in der Erkrankung an Echinokokkuscysten des kleinen Becken auffallend stark vertreten ist.

2) Samuel Gache (Buenos-Ayres). Fünf Beobachtungen von Sectio caesarea.

Die Arbeit enthält die Mitteilung von fünf Kaiserschnitten, die im Bawson-Spital in Buenos-Ayres vorgenommen wurden. Die Indikation zur Sectio caesarea ist in Argentinien sehr selten gegeben, da Rachitis bei argentinischen Frauen nicht vorkommt, höchstens platte Becken. Rachitische Becken sind nur bei Ausländerinnen anzutreffen. Die 5 Operationen hatten günstigen Ausgang.

3) Herrgott (Nancy). Myxödem, Geburt und Eklampsie.

Der Verf. teilt die Beobachtung eines an Myxödem erkrankten 18jährigen Mädchens mit, die — eine Ausnahme bei dieser Erkrankung — konzipierte und im Laufe der sehr lange dauernden Geburt von eklamptischen Anfällen ergriffen wurde, während der Urin kein oder nur Spuren von Eiweiß enthielt.

Die Folgezustände nach operativer Entfernung der Schilddrüse — darunter Formen von Tetanie — sind bekannt, eben so die gesonderte Rolle, welche die Glandula thyreoidea sowie die Glandula parathyreoidea spielen. Es ist nun die Frage, ob die Insuffizienz der letzteren nicht auch an den eklamptischen Erscheinungen im vorliegenden Falle die Schuld trägt, eine Frage, welche auf die Eklampsie im allgemeinen ausgedehnt zu werden verdient.

4) M. H. Varnier. Beobachtung und Autopsie einer Frau, die angab, daß sie sich selbst zur Einleitung des Abortes eine Sonde in den Uterus eingeführt hatte.

Ist es möglich, daß eine Frau auf mechanischem Wege bei sich selbst einen Abort einleitet? Diese Frage möchte der Verf. in folgender Fassung gestellt wissen: Kann eine Frau durch Auto-Touchieren ihre Cervix uteri dermaßen erreichen, daß sie den Katheterismus des Uterus zu bewerkstelligen im Stande ist? Laguerre in Toulouse hat diesen Versuch angestellt. Unter 20 Frauen konnten 14 teils eine Sonde, teils eine Röhre einführen, wie sie zum Clysma benutzt wird. Die Mißerfolge bei den 6 übrigen Frauen schreibt der Verf. entweder dem Mangel

an gutem Willen oder der Lage des Uterus zu. Die günstigste Lage des Uterus für die eigenhändige Einführung einer Sonde scheint die Retroversion zu sein.

In dem Falle, welchen der Verf. mitteilt, handelte es sich um einen septischen Abort mit daran sich schließender Peritonitis. Die Pat. hatte sich nach ihrem Geständnis einen mit einem Mandrin versehenen Katheter 3mal in den Uterus eingeführt. Eine Perforation des Uterus lag aber nicht vor.

5) Hergott (Nancy). Wiederholter Kaiserschnitt bei einer an Achondroplasie leidenden Frau.

Unter Hinweis auf die Mitteilungen von G. Wiener, Patterson u. A. über mehrmalige Ausführung des Kaiserschnittes bei der gleichen Person berichtet der Verf. über eine zweimalige Sectio caesarea aus Indikation einer Beckenanomalie, wo die Conjugata vera 5,9 cm maß.

So sehr die Beckenform und die Gestalt der Frau den Eindruck gewöhnlicher rachitischer Veränderung machte, so sieht sich der Verf. doch veranlaßt, die Erkrankung der Achondroplasie zuzurechnen. Die hauptsächlichsten Gründe hierfür sieht er in dem Mißverhältnis zwischen der Länge der oberen und der unteren Hälfte der Extremitäten: Kurze Oberarme und namentlich stark verkürzte Oberschenkel gegenüber den fast normal entwickelten Vorderarmen und den — wenn auch absolut stark verkürzten — relativ langen Unterschenkeln. Ferner in dem Mißverhältnis zwischen der Länge der Extremitäten und der Höhe des Rumpfes (zu Ungunsten der ersteren) und schließlich in der Tatsache, daß die Verkürzung die unteren Gliedmaßen in viel höherem Maße betraf als die oberen (die Hände reichten fast bis zum Knie).

Bei der zweiten Operation fielen — wegen der Gefahr allzugroßer Blutung — nicht lösbare Verwachsungen der vorderen Uteruswand mit der Bauchwand auf, eine Komplikation, die, wenn sie an Ausdehnung gewinnt, — für einen 3. Kaiserschnitt verhängnisvoll werden könnte. Die Folge dieser Adhäsionen waren heftige Uterinkoliken an den ersten zwei Tagen nach der Operation.

Außerdem fiel auch die außerordentliche Verdünnung der vorderen Uteruswand im Bereiche des Placentarsitzes auf.

6) Cornelius Cristeanu (Bukarest). Zwei Fälle von Symphyseotomie.

Der Verf. hat zwei Symphyseotomien ausgeführt, jedesmal bei einer Conjugata von 8,3 cm. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Das Instrumentarium zur Ausführung der Symphyseotomie kann und muß immer kleiner werden, dann wird auch die Operation an Verbreitung gewinnen. Vor jeder Symphyseotomie soll die Zange angelegt werden und während der Operation liegen bleiben, der Schlußakt der Operation gestaltet sich dann viel einfacher. Infektion der Mutter ist nicht immer eine Gegenindikation, ebenso nicht eine Impression am kindlichen Schädel. Die Vernähung soll sich nur auf die Hautwunde erstrecken, keine Knochennähte, keine tiefen Nähte! Keine besondere Bandage, Immobilisierung der Kranken unnütz. So wird auch die Rekonvaleszenz viel einfacher.

Die Operation hat eine bleibende Verlängerung der Conjugata vera um einige Millimeter zur Folge. Von der Walcher'schen Hängelage ist kein Resultat zu erwarten. (Zur Einführung in die Privatpraxis eignet sich die Symphyseotomie doch nicht! Ref.)

7) Pinard (Paris). Die Indikationen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Nach einem historischen Rückblick auf die Entwicklung der künstlichen Frühgeburt, unter besonderem Hinweis darauf, daß Louise Bourgeois es war, welche die Notwendigkeit der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zur Rettung des mütterlichen Lebens zuerst proklamiert hat, daß aber seit jener Zeit, der Wende des 16. Jahrhunderts, die Meinungen der Autoren über diesen Punkt stark hin und her schwankten und auch heute noch von einigen Rücksichten auf das Gesetz und die Religion geltend gemacht werden, präzisiert Verf. seine Ansicht dahin, daß einzig und allein dem Arzte die Entscheidung zufallen dürfe, ob und wann die Einleitung der künstlichen Frühgeburt berechtigt sei. Auch

der Wunsch der Kranken bezw. Mutter dürfe nach keiner Richtung hin in die Wagschale fallen. Denn die Erkrankung, welche eine Unterbrechung der Schwangerschaft erheischt, ist auch imstande, das Denken der Frau dermaßen zu alterieren, daß Gewaltmaßregeln nicht weniger berechtigt sind, wie bei einer Geisteskranken, die sich aushungern oder anderswie Schaden zufügen will. Die erste Aufgabe des Arztes ist und bleibt, das Leben zu erhalten. Rücksichten auf Moral und Religion sind zu verwerfen.

Die von Paul Dubois aufgestellten Indikationen zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt schränken sich infolge der Fortschritte der modernen Chirurgie teils stark ein, teils müssen sie modifiziert werden:

Blutungen aus dem Uterus indizieren dann die Unterbrechung der Gravidität, wenn der Puls dauernd über 100 bleibt, desgleichen das unstillbare Erbrechen. Albumiurie dann, wenn sie der eingeleiteten Behandlung nicht weicht. Erkrankungen der Circulationsorgane, des uropoëtischen Systems (Pyelonephritis) können Indikationen zur Einleitung der Frühgeburt bilden, niemals aber die Tuberkulose.

Abgesehen von den Beckenverengerungen war nach einer sich über 10 Jahre erstreckenden Statistik in der »Klinik Baudelocque« bei 22708 Frauen nur 20mal die Indikation zur Einleitung der Frühgeburt gegeben.

8) Varnier (Paris). Das Ende und das Testament von Levret.

Als Tarnier im Jahre 1866 seine historische Abhandlung über Levret, den ersten Accoucheur Frankreichs im 18. Jahrhundert, schrieb, suchte er vergebens nach einem Epilog, welchen Levret's Zeitgenosse Antoine Louis am 6. April 1780 in der »Académie de chirurgie« gelesen hat. Die Rede ist nicht gedruckt, das Mauuskript bis jetzt nicht aufgefunden.

Levret starb am 22. Januar 1780, 77 Jahre alt. Die letzten Jahre seines Lebens waren dem Dienste der Comtesse d'Artois in Versailles geweiht, der Gemahlin des späteren Karls X, deren 3 Entbindungen er leitete. Bemerkenswert dabei ist, daß Levret trotz seines hohen Alters allein — ohne Assistenz — den schweren Dienst versah. Wie sehr Levret bis an sein Lebensende im Vollbesitze seiner geistigen Kräfte war, beweist sein Testament, das von ihm 5 Tage vor seinem Tode unterzeichnet ist. Verf. teilt dasselbe im Wortlaut mit.

In seinem 65. Lebensjahre wurde Levret ganz plötzlich literarisch sehr produktiv. Schlag auf Schlag erschienen nicht weniger als 15 wissenschaftliche Abhandlungen aus seiner Feder, während er zu gleicher Zeit geburtshilfliche Kurse ankündigte. Der Grund dieser regen Tätigkeit eines an der Schwelle des Greisenalters befindlichen Mannes war die wissenschaftliche Gegnerschaft Solayrès, eines vielversprechenden jungen Arztes. Derselbe starb aber an Phthise schon 1772. Mit seinem Tode erlosch auch die wissenschaftliche Produktivität Levret's.

9) Hartmann (Paris). Klinische Untersuchungsmethoden des Harnapparates der Frau.

Detaillierte Beschreibung sämtlicher Untersuchungsmethoden. Davon interessiert vor allem die Palpation der Ureteren von der Vagina aus. Dieselbe ist unter normalen Verhältnissen kaum möglich. Fühlt man jedoch vom vorderen Vaginalgewölbe aus einen dicken, harten Strang, der extramedian gelegen, seitlich das Vaginalgewölbe umgreift, so kann man sicher sein, es mit einem pathologisch veränderten Ureter zu tun zu haben. Des weiteren beschreibt der Verf. ein Instrument seines Assistenten M. Luys, das, mit einer, in die Blase zu liegenkommenden Scheidewand versehen, gestattet, den Urin aus beiden Ureteren getrennt aufzufangen, und so den Katheterismus der Ureteren überflüssig macht.

G. Frickhinger (München).

Ovarium.

6) Edebohls (New York). Wandertumoren des Ovariums.
(Sonderdruck 1901.)

Ovialtumoren, welche sich von ihrem ursprünglichen Ansatzpunkte freigemacht haben und entweder frei in der Bauchhöhle liegen oder mit anderen Organen (namentlich dem Omentum) verwachsen sind, scheinen nicht so selten zu sein, als es nach den bisherigen, spärlichen Veröffentlichungen den Eindruck macht, wenigstens ist der Verf. imstande, den in der Literatur bekannten ca. 25—30 Fällen 4 weitere aus seiner eigenen Praxis hinzuzufügen.

G. Frickhinger (München).

7) Hall (Kansas City). Irrtümliche Deutung des Ovarialschmerzes.
(Med. news 1902. April 12.)

Verf. warnt vor der zu raschen Diagnose der Oophoritis und der damit verbundenen so häufigen Abtragung des Ovariums. Recht häufig ist nicht das Ovarium erkrankt, sondern das den Uterus umgebende Bindegewebe ist infolge einer Endometritis in Mitleidenschaft gezogen. Beseitigung des Katarrhs des Uterus, Hebung des Allgemeinzustandes stellt die Pat. wieder her.

G. Frickhinger (München).

8) J. W. Troizki. Zur Frage über Erkrankung der Ovarien bei epidemischer Parotitis bei Mädchen.
(Russki Wratsch 1902. Nr. 15.)

Verf. beobachtete unter den Schülerinnen der Pensionsanstalt der Gräfin Lewaschow in Kiew eine Parotitisepidemie, die 35 Tage dauerte. Es wurden 33 Kranke zwischen 10 und 15 Jahren behandelt. Doppelseitige Parotitis war bei 27 Kranken, einseitige (links) bei 6. Bei vielen Kranken wurde der Prozeß mit Erkrankung der Ovarien kombiniert, was durch Empfindsamkeit und sogar Schmerzhaftigkeit der Ovarien bei Druck durch die Bauchdecken sich kundgab. Von 33 Kranken wurde der Prozeß in Ovarien bei 13 beobachtet, wobei 8 Pat. schon früher Menstruation hatten. Bei doppelseitiger Parotitis wurde auch doppelseitige, bei linksseitiger Parotitis linksseitige Erkrankung des Ovariums beobachtet. Auf Grund der beobachteten Fälle, auch der in der Literatur schon früher beschriebenen, meint Verf., daß zwischen den beiden Organen, Parotis und Ovarium, irgend eine unerklärliche Sympathie besteht. Das anatomische Wesen der Krankheit ist nicht genau bestimmt, obwohl man a priori auf Grund der Analogie mit akuten Infektionskrankheiten entweder parenchymatöse Entzündung der äußeren Hülle des Ovariums oder Perioophoritis voraussetzen kann. Zur Behandlung muß man lokale, ableitende Mittel, wie Jodtinktur, Kälte, Prießnitz'sche Umschläge und sogar Kantharidenpflaster anwenden.

M. Gerschun (Kiew).

9) J. K. Nikitin. Schwangerschaft bei kolloidem Karzinom beider Ovarien.
(Russki Wratsch 1902. Nr. 3.)

Am 27. September 1901 wurde in die geburtshilfliche Klinik zu Moskau eine 30 Jahre alte, sehr schwache Xpara mit kaum fühlbarem Pulse und beginnender Blutung aus den Genitalien aufgenommen. Letzte Geburt im April 1901; vor 2 Wochen starke Uterusblutung. Es wurde Schwangerschaft im 4. Monate, maligne Neubildung beider Ovarien, Abortus incipiens diagnostiziert. Sofort wurde die Vagina mit steriler Gaze tamponiert; nach $2^1/_2$ Stunden wurde der Tampon entfernt und bei einem für einen Finger durchgängigen Muttermunde wurde die Uterushöhle entleert. Subkutan wurden 2 Spritzen Kampferäther injiziert. Es wurden faule Frucht und Placenta entfernt. Blutung gering. Uterushöhle mit

1%iger Lysollösung ausgespült, mit Jodtinktur ausgewischt und mit Jodoformgaze tamponiert. Subkutan wurden 500 ccm physiologischer Kochsalzlösung injiziert. Eine Stunde nach der Operation (3½ Stunden nach der Aufnahme in die Klinik) Exitus letalis bei Erscheinungen von Herzparalyse.

Sektion: Neubildungen in beiden Ovarien, Bluterguß im rechten Ovarium; puerperaler Uterus; Atheromatose der Aorta; Degeneration des Myokards, der Leber und der Milz; Lungenödem, Peritonitis. Karzinom beider Ovarien und Knoten in bronchialen und peritonealen Lymphdrüsen. Rechtes Ovarium hat die Größe des Kopfes eines Neugeborenen, war höckrig, sehr derb; von seiner Fläche sind deutlich Blutergüsse in das Tumorgewebe sichtbar; stellenweise ist das Gewebe erweicht und mortifiziert. Auf dem Schnitte ist das Tumorgewebe stark ödematös. Im linken Ovarium, welches apfelsinengroß ist, sind dieselben Veränderungen mit Ausnahme der Blutergüsse und Erweichungen vorhanden.

Mikroskopische Untersuchung zeigt zellige Struktur, die für Karzinom eigentümlich ist. In der Mitte der neugebildeten Zellen liegen kolloid degenerierte Karzinomzellen; das Tumorgewebe ist stark ödematös und mit zahlreichen Blutergüssen durchtränkt, stellenweise trifft man unverändertes Ovarialgewebe. Von einigen Stücken aus dem Uterus wurde nur in einem ein Karzinomknoten im Lumen der Lymphgefäße nachgewiesen, wobei die kolloide Struktur der Zellen hier noch deutlicher ist.

Verf. hat in der Literatur nur einige ähnliche Fälle gefunden (Rosen, Rosenstein, Rubeška, Spiegelberg, Leopold).

M. Gerschun (Kiew).

10) P. Michin. Schwangerschaft bei Kystomen der Adnexa.

(Journ. akusch. i shensk. bolesnej 1902. Nr. 4. [Russisch.])

Verf. beschreibt 10 Fälle von Schwangerschaft, die mit Kystomen kombiniert wurden; 9 von diesen Fällen wurden vom Prof. Tolotschinow in der geburtshilflichen Universitätsklinik zu Charkow und eine vom Verf. operiert. In 2 Fällen bestand die Schwangerschaft 2½ Monate, in 2 Fällen 3, in 4 Fällen 4, in einem 5 und in einem 8. In einem Falle waren die Cysten doppelseitig und nur in diesem Falle bei 4monatlicher Schwangerschaft wurde dieselbe unterbrochen. Das kann man damit erklären, daß in allen übrigen Fällen die Stiele der Tumoren, d. h. Lig. latum, stark ausgedehnt waren, während in dem Falle, wo die Schwangerschaft unterbrochen wurde, die Stiele kurz und breit waren, so daß es nötig war, dieselben dreifach zu unterbinden. Deshalb wurde starke Verkürzung der Ligg. lata beiderseits und Unmöglichkeit für das freie Wachstum des Uterus nach oben erhalten. Außerdem kann man auch starke Störung des Blutkreislaufes wegen der doppelseitigen Unterbindung der Gefäße annehmen. Es wurden bei 10 Fällen 100% Genesung für Mütter und in 90% nicht unterbrochene Schwangerschaft erhalten.

Verf. meint zum Schluß, daß man bei Schwangerschaft, welche mit Kystom kombiniert ist, so früh als möglich operieren soll, damit nach Unterbindung des Stieles und Verkürzung der Ligg. lata das Wachstum des Uterus nach oben nicht gestört wird. Die Notwendigkeit, die Operation an den Adnexen doppelseitig auszuführen, verschlechtert die Prognose in Bezug auf Erhaltung der Schwangerschaft schaft.

M. Gerschun (Kiew).

11) A. F. Bogajewski. Ein Fall eines Ovarienechinokokkus.

(Russki chir. Archiv 1902. Hft. 2. Nach einem Referat im Russki Wratsch 1902. Nr. 31.)

Nach Frey's Statistik betrifft die Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane mit Echinokokkus 3,5% der Fälle, während Leberechinokokkus in 47% der Fälle vorkommt. Verf. beschreibt einen Fall von Ovarienechinokokkus.

39 Jahre alte Pat., welche 4mal geboren hat, klagte über Kreuzschmerzen, Schmerzen beim Urinieren und einen Tumor im Leibe. Im Leibe konnte man

einen festen, derben, beweglichen, kindskopfgroßen Tumor fühlen, der scheinbar mit dem linken Ovarium im Zusammenhange stand; der hintere Douglas'sche Raum und das linke Scheidengewölbe ragen hervor; Cervix uteri ist über die Symphyse nach oben emporgehoben, Corpus uteri liegt nach rechts, Uterus vergrößert, kaum beweglich. Pat. ist seit 12 Jahren krank; während der letzten Zeit vergrößerte sich der Tumor stark und Pat. fing an abzumagern. Vor 12 Jahren, 7 Tage nach der Geburt, bemerkte die Hebamme während einer Vaginalausspülung im Ausspülungsbecken Blasen, welche den unentwickelten Vogeleiern ähnlich waren; Temperatur stieg bis auf 39° und die Lochien bekamen einen abscheulichen Geruch. Ein hinzugerufener Arzt fand bei Untersuchung der Uterushöhle in der hinteren Uteruswand über dem äußeren Muttermunde eine Öffnung, die in eine faustgroße mit oben beschriebenen Blasen gefüllte Höhle führte. Im Uterus selbst wurde nichts Abnormes gefunden. Es wurde eine Ausspülung der Höhle mit Karbollösung ausgeführt, wobei viele erbsen- bis taubeneigroße Blasen und einige Stückchen ziemlich dicker, fast durchsichtiger, leicht opaleszierender, gallertartiger Häutchen entfernt wurden. Dasselbe wurde am folgenden Tage wieder gemacht. Am 3. Tage wurde mit einem Recamier'schen Löffel eine Ausschabung der Wand der Höhle ausgeführt, während welcher einige Blasen und Häutchen herausgingen. Die Lochien bekamen dann ihren normalen Geruch, Temperatur wurde normal, die Höhle kleiner und fing an zu granulieren. Die ausgeführte mikroskopische Untersuchung zeigte die Anwesenheit von Köpfchen und kleiner Haken von Embryonen, auch die charakteristische Struktur der Kapsel einer Echinokokkusblase, woraus man schließen konnte, daß die neugebildete Höhle nichts anderes war, als eine große Echinokokkusblase, in welcher sich Tochterblasen entwickelten. Der Echinokokkus entwickelte sich im Beckenbindegewebe zwischen Rektum und Uterus- und Scheidenwand; wo er sich solange ruhig befand, bis das Gewebe während der Geburt infolge des Druckes mortifiziert wurde und die Mutterblase selbst durch den Kopf der Frucht zerdrückt wurde. Dann kam auch der Inhalt der Blase nach außen. Es wurde deshalb Echinokokkuscyste des linken Ovariums und des Beckenbindegewebes diagnostiziert und zur Entfernung des Tumors Laparotomie vorgenommen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde ein derber Tumor des linken Ovariums auf einem kurzen, breiten Stiele nachgewiesen. Nach Entfernung und Eröffnung des Tumors wurden in ihm viele erbsen- bis hühnereigroße Mutter-, Tochter- und Enkelechinokokkusblasen gefunden. Glatte Heilung. Der derbe Tumor im Douglas'schen Raume wurde nach einem Monate nach der Laparotomie per vaginum eröffnet, wobei viele Echinokokkusblasen entfernt wurden. Die Höhle wurde mit einem stumpfen Löffel ausgeschabt, mit einer $^1/_2$%igen Lysollösung ausgespült und mit Jodoformgaze tamponiert. Nach $1^1/_2$ Monaten wurde Pat. vollständig gesund entlassen.

In diesem Falle waren die Symptome der Echinokokkuscyste des Ovariums denen einer anderen Cyste dieses Organs vollständig ähnlich. Kreuzschmerzen, Unregelmäßigkeit der Menstruation, Dysurie, und die richtige Diagnose wurde nur auf Grund der genauen Anamnese gestellt. Scheinbar wurden die Echinokokkusblasen zum 1. Mal nicht vollständig entfernt und entwickelten sich fast während 13 Jahren im Beckenbindegewebe und im linken Ovarium.

M. Gerschun (Kiew).

12) L. Enders. Zum Bau der Epoophoron und der Nebentuben.

Inaug.-Diss., München, 1902.

Verf. beschreibt 23 derartige Fälle, teils aus der Literatur, teils aus der II. gynäkologischen Klinik München, und kommt zu dem Resultat, daß die Eigenwand der Epoophoronkanälchen einen wechselnden Gehalt an zweifelloser Muskulatur aufweist, und zwar ist $^1/_3$ aller Fälle rein muskulatös und sehr stark, ein zweites Drittel aus reichlicher Muskulatur und spärlichem Bindegewebe zusammengesetzt und der Rest vorwiegend fibröser Natur, so daß die Muskulatur zurücktritt.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

13) E. Böhm. Ein Fall von Perithelioma ovarii.

Inaug.-Diss., München, 1901.

54jährige Pat., zum ersten Male mit 17 Jahren menstruiert, immer regelmäßig, seit 3 Jahren Menopause. Seit einigen Monaten leichte Blutungen, weshalb curettiert wurde. Nach dreimonatlicher Pause erneute Blutung. Seit einigen Wochen Geschwulst im Leib mit stechenden, ausstrahlenden Schmerzen. Laparotomie. Entfernung eines dreifaustgroßen, nirgends verwachsenen Tumors des linken Ovariums, außerdem finden sich schon erbsen- bis stecknadelkopfgroße Metastasen am Peritoneum des Bauchfells. Der Tumor ist gut kindskopfgroß, von teils prall elastischer, teils teigiger Konsistenz. Mikroskopisch zeigt sich ein lockeres fibröses Bindegewebe mit spindelförmigen Kernen, deren Stränge zahlreiche Alveolen bilden, die ihrerseits die Geschwulstzellen in sich fassen. Dieselben sind von kugeliger oder ovaler Form, haben sehr große Kerne und liegen ohne jede Intercellularsubstanz aneinander. Die ersten Anfänge lassen sich auf die Lymphspalten der Gefäßwände zurückführen. G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

14) K. Schlosser. Über Sarkomatose der Ovarien.

Inaug.-Diss., München, 1901.

26jährige Frau, 2mal geboren, seit 7 Monaten Geschwulst im Unterleib, welche stetig wächst, zuerst ohne Schmerzen, später mit Abmagerung verbunden. Menstruiert seit ihrem 14. Jahre immer regelmäßig, die letzte Zeit merklich schwächer.

Die Operation gestaltete sich ziemlich leicht, da der mannskopfgroße, vom rechten Ovarium ausgehende Tumor keinerlei Verwachsungen zeigte. Nach 3 Wochen Pat. geheilt entlassen. Der mikroskopische Befund ergibt ein Rundzellensarkom des Ovariums.

Ein zweiter, ebenfalls aus dem pathologischen Institut stammender Fall behandelt eine Fibrosarkomatose der Ovarien und des Bauchfells. Die Präparate stammen von einer 37jährigen Köchin; seit 4 Wochen Rötung der Nabelgegend, mit brennenden Schmerzen verbunden. Plötzlich starke Diarrhöen und unvermittelte Übelkeiten. Die Untersuchung zeigt einen Tumor in der Nabelgegend, sowie an der vorderen und hinteren Uteruswand apfelgroße Myome. Diagnose: Myomata uteri und Carcinoma umbilicale. Die Operation ergibt, daß schon zahlreiche Ketten von Drüsen vorhanden sind. Die Pat. starb 4 Wochen danach an Kachexie. Die Sektion erweist, daß es sich um doppelseitige solide Eierstocksgeschwülste handelte, mit zahlreichen Metastasen im Abdomen und den Bauchdecken. Die mikroskopische Untersuchung ergab kleine Rundzellen, eingelagert in dicht angeordnete fibrilläre Zwischensubstanz.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

15) H. Preisendanz. Ein Fall von doppelseitigen multilokulärem Dermoid.

Inaug.-Diss., München, 1901.

58jährige Pat., seit 26 Jahren verheiratet, wird am 15. November 1900 in die Frauenklinik eingeliefert. Menses zuerst mit 15 Jahren, immer regelmäßig bis voriges Jahr. 4mal geboren. Die Frau kommt wegen Gebärmuttervorfall, wobei Tumoren im Leib konstatiert wurden. Man findet 2 hühnereigroße Tumoren im kleinen Becken neben dem retroflektierten Uterus; am linken derselben zeigt sich eine warzenartige Prominenz von Knochenhärte, wodurch die Diagnose »Dermoid« wahrscheinlich erscheint. Die Operation bestätigt die Untersuchung. Pat. geheilt entlassen. Mikroskopisch fällt an dem rechten Tumor eine größere Anzahl erbsen- bis haselnußgroßer Cysten auf, zwischen denen keine Kommunikation besteht, und deren Inhalt der typische Dermoidbrei ist. Im linken Tumor eine dreieckige knochenharte Platte mit 2 Eckzähnen. Mikroskopisch finden sich in beiden Tumoren neue Bestandteile des äußeren und mittleren Keimblattes.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 11. Sonnabend, den 14. März. 1903.

Inhalt.

I.

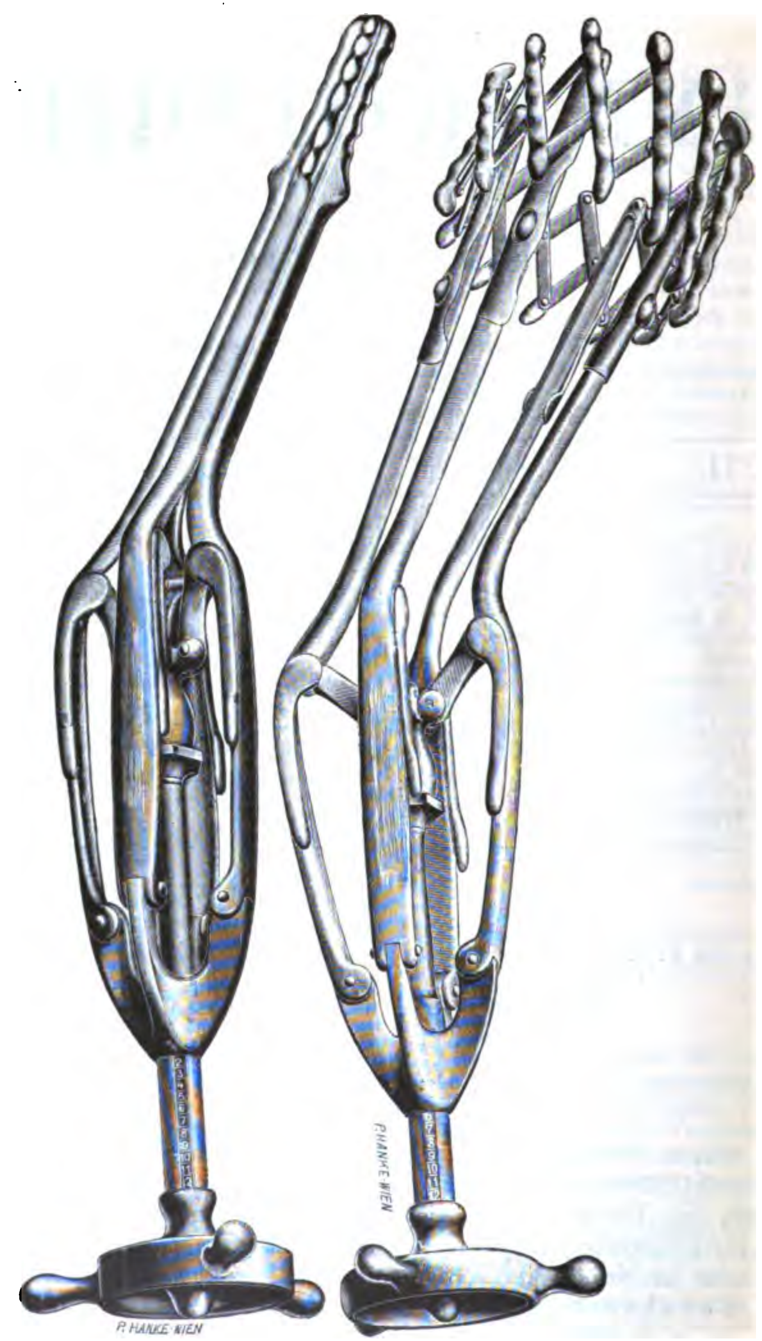
(Aus der k. k. deutschen geburtshilflichen Universitätsklinik in Prag.)

Nochmals zur Dilatator-Frage.

Von
Prof. Dr. **Ludwig Knapp**,
klin. Assistent.

Einem Wunsche des durch seine Präzisionsarbeit, speziell in geburtshilflich-gynäkologischen Instrumenten, bestbekannten Mechanikers und Instrumentenfabrikanten E. Nowakowski in Wien (IX, Universitätsstraße Nr. 4) entsprechend, ein kurzer Nachtrag zu meinem Aufsatze in Nr. 47 dieses Blattes 1902.

Nowakowski hat inzwischen sein Dilatatorium noch wesentlich zu verbessern getrachtet und bestehen die wichtigsten neuen Modifikationen einerseits darin, daß das Instrument nunmehr, in allen Teilen leicht zerlegbar, allen Anforderungen der Asepsis entspricht und andererseits durch die Verlängerung bei gleichzeitiger



Die vier Branchen geschlossen. Der aufgesetzte Korb auf 6 cm Durchmesser erweitert.

Nowakowski's Dilatator ($^1/_2$ natürl. Größe).

Verfeinerung des Schraubengewindes einen präzis abgestuften und sehr langsam steigenden Antrieb ermöglicht. Die von Millimeter zu Millimeter zu steigernde Dehnung der Weichteile kann jetzt auch direkt an einer Skala abgelesen werden, welche mit der Verkürzung des Gewindes die erzielte Erweiterung in Centimetern angibt. Der Korb des Instrumentes läßt sich durch einfache Federfixation anbringen, und wurde derselbe, um den Gliederbranchen einen sicheren Halt zu gewähren, aus leicht gewellten Stäben hergestellt. Eine Gummischutzkappe für den Korb als ganzes scheint mir entbehrlich geworden zu sein.

Das Instrument, dessen Beckenkrümmung am neuen noch stärker angedeutet wurde als beim vorigen Modelle, besitzt jetzt eine Länge von 34 cm; sein Preis stellt sich etwas höher als ursprünglich kalkuliert wurde; derselbe beträgt 60 Kronen (50 Mark).

Das Verfahren selbst betreffend, stimme ich Müller vollkommen bei, daß es das unbestreitbare Verdienst Bossi's bleiben wird, »die Möglichkeit und Ungefährlichkeit der akuten Instrumentaldilatation an einem größeren Materiale bewiesen zu haben«. Die Ansicht der absoluten Gefahrlosigkeit des Dilatationsverfahrens — mit welchem Instrumente auch immer es sei — teile ich jedoch nicht mehr.

Die nächste Zeit wird wohl, nachdem, wie vorauszusehen, noch eine Reihe von Dilatatoren »erfunden« sein wird, die Entscheidung bringen, welches Instrument berechtigt sein soll, seinen Platz dauernd zu behaupten. Wird das Verfahren dann im Hinblick auf seine möglichen Gefahren mit der nötigen Vorsicht gehandhabt werden, so wird es für gewisse Fälle ein ideales, durch kein anderes zu ersetzendes sein, welches auch dem Praktiker nicht vorenthalten bleiben soll.

Dieser Ansicht ist wohl auch Nagel, indem er in seiner jüngst erschienenen »operativen Geburtshilfe« das Bossi'sche Verfahren beschreibt und den vierarmigen Dilatator abbildet. Freilich meint er, »daß das zeitweise Auftauchen und Verschwinden von Dilatatoren vor Optimismus warnen soll; Dilatationsverfahren seien nur am Platze, wenn es gilt, die Geburt wegen Lebensgefahr (Eklampsie, Cyanose und Dyspnoë infolge Herz- und Lungenkrankheiten) der Mütter möglichst schnell einzuleiten und in den immerhin seltenen Fällen, wenn bei dringender Indikation von Seiten der Mutter eine das Kind rettende Operation (Wendung, Extraktion, Zange) des engen Muttermundes wegen nicht möglich ist«.

Ich glaube, daß das Verfahren bei uns eben seinem Kulminationspunkte zustrebt, bezweifle aber nicht, daß es seinen Platz in der operativen Geburtshilfe behaupten wird.

Um ein abschließendes Urteil fällen zu können, werden die ungünstigen Erfahrungen den günstigen gegenüber genau abzuwägen sein, wozu sich wohl bald ausreichend die Gelegenheit ergeben wird. An kasuistischen Mitteilungen dieser Art dürfte es nächster Zeit ja nicht fehlen! In Italien ist diese Zeit bereits vorüber. Dort hat

das Verfahren sein Bürgerrecht bereits errungen[1]; einzelne »Bossi-Fälle« werden nicht mehr publiziert. Bei uns wird es sich dasselbe möglicherweise erst noch erstreiten müssen. —

Der Eifer in der Erfindung neuer Dilatatoren und Verbesserungen der Originalinstrumente beweist wohl zur Genüge das zunehmende Interesse an der angeregten Frage.

An dem genial erdachten italienischen Modelle, welches übrigens auch schon seine Vorläufer hat[2], scheint mir, wie an allen Modifikationen und selbständigen Neukonstruktionen (Frommer), der Schraubenmechanismus zu kompliziert, daher dürfte Nowakowski's Dilatator gerade die Einfachheit dieser wesentlichsten Vorrichtung des Instrumentes empfehlen.

Befremdend klingt es, wenn Frommer in Nr. 47 d. Bl. 1902 sein Instrument als »Uterusdilatator« bezeichnet und behauptet, von dem Bossi'schen Instrument erst durch Herrn Geh.-Rat Leopold's Publikation im Archiv f. Gynäkologie (1902) Kenntnis erhalten zu haben! War es doch gerade in Berlin, wo Bossi im Jahre 1891 auf dem internationalen Gynäkologenkongreß sein Instrument zum ersten Male demonstrierte. Seit dieser Zeit folgte Publikation auf Publikation, zumeist von Bossi selbst und seinen Schülern, einige wenige auch von Gegnern des Verfahrens, so daß die Zahl der, zum größten Teile allerdings in italienischer, einige wenige auch in französischer Sprache abgefaßten kleineren und größeren Aufsätzen heute bereits über 30 beträgt. Indes war ja auch in der deutschen Literatur einiges zu finden, von den Referaten über die ausländischen Arbeiten abgesehen.

Ich benutze die Gelegenheit, zu wiederholen, daß mich selbst erst ein Aufsatz des hiesigen Frauenarztes, Herrn Dr. Gustav Beck, in Nr. 13 der Prager med. Wochenschrift 1897 dazu anregte, Bossi's Instrument für die Klinik anzuschaffen. Zwei Jahre vorher war, wohl als die erste derartige Mitteilung in deutscher Sprache, jene Müller's (Einige Erfahrungen mit dem Bossi'schen Instrumente zur schnellen Erweiterung des Muttermundes bei Geburten) in der Festschrift für A. Martin (bei S. Karger, Berlin, 1895) erschienen.

Ich selbst habe über je einen »Bossi«-Fall in der Prager med. Wochenschrift (1900 Nr. 51) und im Zentralbl. f. Gyn. (1902 Nr. 35) berichtet. Betreffs der vollständigen Literaturangaben verweise ich

---

[1] Bossi's gesammelte Kasuistik umfaßt heute bereits weit über 100 Fälle; kaum viel kleiner dürfte übrigens die Zahl der vor allem seit Leopold's autoritativer Empfehlung von diesseits der Alpen veröffentlichten Fälle sein.

[2] de Paoli, Considerazioni cliniche sopra 50 casi di applicazione del dilatatore Bossi. Rassegna d'ost. e gin. 1895.

Nagel, Operative Geburtshilfe p. 360. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung (H. Kornfeld), 1902.

Knapp, Zur Frage des Accouchement forcé durch instrumentelle Aufschließung des Muttermundes. Wiener klin.-therap. Wochenschrift 1902. Nr. 41 und 42.

auf meinen bereits citierten Aufsatz in der Wiener klin.-therap. Wochenschrift vorigen Jahres.

Damit will ich nichts weniger, als einen Zweifel an der Richtigkeit der auf p. 1273 d. Bl. aufgestellten Sätze ausgesprochen haben und halte die Konstruktion des Frommer'schen Instrumentes für ebenso zweckentsprechend als sinnreich, sofern die Zerlegung des Instrumentes sich so einfach gestaltet, als dessen Konstrukteur es beschreibt.

Daß übrigens bei Bossi's Instrument durch das Aufsetzen der Kappen eine Beeinträchtigung der Asepsis zu befürchten sei, dürfte sich wohl vermeiden lassen. — Sehr erfreulich ist es vor allem, zu hören, »daß, obgleich vollständige Erweiterung des Kollum binnen 15—20 Minuten (durch Frommer's Instrument) immer erreicht worden war, noch nie bei dessen Anwendung der geringste Riß vorgekommen ist!« —

Mit dem Auftauchen der verschiedenartigsten Instrumente werden vielleicht bald Prioritätsfragen strittig werden. Ich halte mich, nach wiederholter Darlegung meines Standpunktes, von solchen von vornherein fern und bemerke nur im Interesse des Fabrikanten, daß ich demselben die Anregung zu einer Modifikation des Bossi'schen Instrumentes, wie sie nunmehr vorliegt, bereits anfangs August v. J. gegeben, und das gebrauchsfertige Modell gelegentlich der vorjährigen Karlsbader Naturforscher- und Ärzteversammlung zum ersten Male demonstriert habe. Der Patentschutz des Nowakowski'schen Instrumentes gilt für Österreich und das Deutsche Reich.

II.

(Aus der geburtshilflichen Klinik des Prof. Dr. V. Rubeška in Prag.)

Erfahrungen mit dem Dilatatorium von Bossi und Frommer nebst Bemerkungen über einen seltenen Verlauf eines Eklampsiefalles.

Von

Dr. **Anton Ostrčil**, Assistent.

In der genannten Klinik wurde zur Erweiterung der Cervix dreimal das Dilatatorium von Bossi und einmal das von Frommer angewendet.

Die in Kürze angeführten Geburtsgeschichten lauten wie folgt:

1) N. J., 27 Jahre, verheiratet, Ipara, Becken normal.

Am 17. Mai 1901 bewußtlos eingebracht. Zu Hause drei eklamptische Anfälle. Pat. von großer, kräftiger Statur. Puls 104, gespannt, Temperatur 37,6, soporöses Atmen. Die unteren Extremitäten, äußeres Genitale und das Gesicht beträchtlich ödematös. Kurz nach der Einlieferung ein eklamptischer Anfall.

zwei Minuten dauernd. Mit dem Katheter werden 300 g Urin entleert, dessen Eiweißgehalt 28‰ beträgt.

Gemelli. Portio 1 cm, Cervixkanal 3½ cm lang, eben nur für einen Finger durchgängig, der innere Muttermund nur für die Fingerkuppe durchgängig. Kopf über dem Beckeneingange; keine Gebärmutterkontraktionen.

Chloroformnarkose (1½ Stunde, 65 g Chloroform). Unter Leitung des Spiegels wird das Bossi'sche Dilatatorium eingeführt. Nach ¾ Stunde ist der Halskanal vollkommen dilatiert und der Muttermund handtellergroß. Keine Verletzung. Während der vorgenommenen Dilatation wird aus der rechten Kubitalvene ½ Liter Blut entleert. Puls 104, etwas weniger gespannt. Subkutane Infusion von ½ Liter einer mit 3 g Jodkali vermischten Kochsalzlösung. Hierauf wird die Blase gesprengt und die Wendung und Extraktion ausgeführt. ¼ Stunde darauf wird die Blase der zweiten Frucht gesprengt und an derselben ebenfalls Wendung und Extraktion ausgeführt.

Erstes Kind 48 cm, 2600 g; zweites Kind 46 cm, 2290 g; beide lebhaft, laut schreiend.

Placenta nach ½ Stunde spontan abgegangen.

Temperatur 36,7, Puls 106. Nach 2 Stunden fünfter Anfall, ½ Minute dauernd; 3 g Chloralhydrat per Klysma.

Die Mutter ständig in tiefer Bewußtlosigkeit. Nach 5 Stunden Exitus letalis unter den Erscheinungen eines Lungenödems.

Sektionsdiagnose: Oedema cerebri et pulmonum, Hepatitis haemorrhagica, Pericarditis serosa, Ascites, Nephritis gravidarum. — Uterus 22,5 cm lang, 12 cm breit, Cervixkanal 7 cm lang, hier und da längliche Schleimhautrisse. Der ausgedehnteste Schleimhautriß rechterseits, bis in die Muskulatur reichend, ist 3½ cm lang.

2) M. T., Dienstmädchen, 16 Jahre alt, Ipara. Aufgenommen am 15. Juli 1902. Stets gesund gewesen. Der Harn eiweißfrei. I. Kopflage. Kopf fixiert. Am 21. Juli 8 Uhr 15 Minuten früh nach zwei eklamptischen Anfällen in den Kreißsaal gebracht. In einer viertel Stunde zwei neue Anfälle. Temperatur 36,4, Puls 92, mäßig gespannt. Pat. befindet sich in einem Dämmerzustande, macht den Eindruck eines aus einem tiefen Schlafe Erwachenden. Sie klagt über intensive Kopfschmerzen. Mittels Katheters werden 50 g Harn entleert. Derselbe ist durchsichtig und enthält 2‰ Eiweiß. Im Sediment granulierte Cylinder und Nierenepithelien. Schwache Uteruskontraktionen. Scheidenteil, Halskanal verstrichen. Der Muttermund knapp für einen Finger durchgängig.

1 g Bromkali per os, 3 g Chloralhydrat per rectum. Einpackung in heiße Tücher. Pat. apathisch, somnolent, erbricht. 12 Uhr 15 Minuten nachmittags Temperatur 37,2, Puls 84; Pat. sieht alles wie in Nebel. 4½ Uhr nachmittags sehr intensive Kopfschmerzen, Erbrechen. Plötzliche Amaurose. Diurese spärlich, 200 g, Eiweiß 2‰.

Mit Rücksicht auf die manifeste Verschlechterung des Zustandes wird an die Beendigung der Geburt geschritten. Bei Lagerung auf den Operationstisch (4 Uhr 35 Minuten nachmittags) der fünfte Anfall von 1½ Minuten Dauer.

Chloroformnarkose (1 Stunde 5 Minuten dauernd, 40 g Chloroform).

Der innere Befund derselbe. In 40 Minuten mittels des Bossi'schen Dilatatoriums der Muttermund bis auf einen engen Saum erweitert. Inzwischen Fruchtwasser abgeflossen. Keine Einrisse des Muttermundes.

Hierauf wird im Beckeneingange im queren Durchmesser die Zange von Breus angelegt. Nach mehreren während der Wehen vorgenommenen Traktionen nach Ablauf von 20 Minuten Extraktion der Frucht. Dieselbe ist 47 cm lang, 2400 g schwer, asphyktisch; leicht wiederbelebt. Nach einer Minute spontaner Placentaabgang.

Bei der inneren Untersuchung wird ein linksseitiger Portioeinriß konstatiert, der bis zum Scheidengewölbe hinaufreicht. Keine Blutung. Nach einer viertel Stunde Wiedererlangung des Bewußtseins. Temperatur 38, Puls 96.

Kopfschmerz geschwunden. Pat. sieht wiederum gut. Verlauf des Wochenbettes apyretisch. Am 3. Tage ist das Eiweiß verschwunden. Diurese gut. Wöchnerin fühlt sich vollkommen wohl.

Am 8. Tage des Wochenbettes Temperatur 36,6, Puls 74, Harn eiweißfrei. Plötzlich ohne Vorboten ein eklamptischer Anfall.

Hierauf wiederholten sich binnen einer Stunde in rascher Aufeinanderfolge die Anfälle sechsmal.

Puls 138. Während der Anfälle blieb Pat. bewußtlos. Gleich nach den ersten Anfällen Morphiuminjektion (0,01) und 3 g Chloralhydrat per rectum. Warme Einpackung. Dann schläft die Pat. ruhig und schwitzt. Temperatur 37,1, Puls 108. Nach 6 Stunden ist die Pat. erwacht, apathisch, antwortet nicht. Nach weiteren 4 Stunden antwortet sie nur mit Kopfnicken. Am folgenden Tage hielt der Kopfschmerz noch an, weiterhin nicht mehr. Am 14. Tage Entlassung in die Findelanstalt. Gebärmutter gut involviert, beweglich, Parametrien frei. An der Portio eine linksseitige narbige Verziehung, bis ins Scheidengewölbe hinaufreichend. Lochien serös.

Das Kind 2360 g schwer, gesund.

3) H. A., Arbeitersfrau, 35 Jahre, Ipara. Allgemein gleichmäßig verengtes Becken. C. diag. 10,5 cm. März 1902. Fruchtwasserabgang vor 5 Tagen. I. Kopflage; der Kopf über dem Beckeneingange, Frucht abgestorben, Tetanus uteri, Temperatur 38,9.

Der Cervixkanal bequem für zwei Finger durchgängig, 3 cm lang. Binnen einer viertel Stunde mittels Bossi der Cervixkanal bis auf die Größe eines kleinen Handtellers dilatiert und hierauf mittels Perforation die Geburt beendet. Keine Verletzung. Am 10. Tage wurde die Frau gesund entlassen.

4) M. D., 20 Jahre, Dienstmädchen, Ipara, Becken normal. Am 23. November 1902 1 Uhr nachmittags bewußtlos in die Gebäranstalt eingebracht. Die Anfälle dauern angeblich seit 8 Uhr 30 Minuten früh und wiederholen sich rasch.

Status praesens: Temperatur 37,4, Puls 94. I. Hinterhauptslage. Keine Wehen. 40 g Harn mittels Katheters abgenommen, konzentriert, spezifisches Gewicht 1022. Eiweißgehalt 5‰. Kopf mit kleinem Umfange eingetreten. Scheidenteil $^1/_2$ cm. Der äußere Muttermund geschlossen. 1 Uhr 15 Minuten nachmittags ein neuer Anfall. 3 g Chloralhydrat und 1 g Bromkali per rectum. Da es sich um eine schwere Form der Eklampsie handelt, wurde beschlossen, die Geburt rasch zu beendigen.

Chloroformnarkose (1 Stunde, 55 g Chloroform). Der Cervixkanal wurde zuerst durch den eingeführten Finger erweitert, derselbe ist 2 cm lang. Da er sich dann noch für die Einführung des Dilatators nach Frommer zu eng zeigte, wurde er mittels des Bossi'schen noch etwas eröffnet. Jetzt gelingt die Einführung des Frommer leicht. Die Dilatation geschieht leichter und gleichmäßiger als durch den Bossi. Nach $^3/_4$ Stunde ist der Muttermund bis auf einen engen Saum verstrichen. Keine Verletzung. Hierauf wurde der Kopf in der Walcher'schen Lage in das Becken tief eingepreßt (Fruchtwasser ist bereits während der Dilatation abgeflossen) und die lebende Frucht (46 cm lang, 2270 g schwer) leicht mit der Zange entwickelt. Nach einigen Minuten spontaner Abgang der Placenta. Durch die nachfolgende Untersuchung wurde am Scheidenteile beiderseits ein Riß konstatiert. Links ist er 2 cm lang, rechts reicht er bis in das Scheidengewölbe hinauf. Keine Blutung. Schluß der Risse durch einige Katgutnähte. Um 7 Uhr abends ein neuer eklamptischer Anfall. Temperatur 40,1, Puls 120. Warme Einpackung und 0,01 Morphium subkutan. Während der Nacht noch acht Anfälle. Die Pat. fortwährend in tiefer Bewußtlosigkeit. Um 8 Uhr früh 2 g Bromkali und 2 g Chloralhydrat per rectum. Hierauf wiederholen sich die Anfälle nicht mehr. Die Pat. liegt im tiefen Schlafe, aus welchem sie nach 48 Stunden erwacht. Der weitere Verlauf normal. Am 11. Tage entlassen. Gebärmutter gut involviert, rechts am Scheidenteile eine Narbe, welche bis in das Scheidengewölbe reicht. Uterus, Parametrien frei. Wochenfluß molkenartig. Im Harn geringe Eiweißspuren. Kind 2070 g schwer, gesund.

Aus dem Angeführten können wir folgendes deduzieren:

Mit dem Instrumente nach Bossi sind wir imstande, in kurzer Zeit die Cervix selbst bei Primiparen so zu erweitern, daß die Geburt beendigt werden kann.

Die Dilatation nach Frommer geschieht leichter und gleichmäßiger, doch ist die Spitze seines Dilatators zu dick, so daß wir die enge Cervix der Primiparen auf irgend eine Weise zuerst erweitern müssen, damit sie für das Instrument durchgängig wird.

Wie wir uns stets nach der durchgeführten Dilatation durch Untersuchung überzeugt haben, entstand niemals infolge Anwendung des Instrumentes ein Riß.

Jedoch konnte in drei Fällen nach Entfernung der Frucht auf einer Seite der Portio vaginalis ein bis zum Scheidengewölbe sich erstreckender Riß konstatiert werden. Diese Risse bluteten niemals, doch können wir sie trotzdem vom gynäkologischen Standpunkte für die spätere Zukunft nicht als gleichgültig bezeichnen. Die Risse entstanden offenbar bei den weiteren Manipulationen, durch welche die Frucht herausbefördert wurde (zweimal die Zange, einmal die Wendung und Extraktion), und zwar deshalb, weil der Mechanismus der instrumentellen Erweiterung der Cervix ein ganz anderer ist als durch die Geburt.

Die Cervix wird bloß der Breite nach erweitert, während der Geburt aber zieht sie sich auch über die Fruchtblase und den vorliegenden Teil herüber.

In bestimmten Fällen, wo es bei geschlossener Cervix nötig ist, die Geburt rasch zu beenden, leistet dieses Instrument unschätzbare Dienste und macht in diesen Fällen sowohl die abdominale, als auch die vaginale Sectio caesarea und Inzision des Muttermundes überflüssig.

Weil es uns aber nur selten gelingt, größere Risse des Scheidenteiles zu vermeiden, bedienen wir uns dessen nur in den allernötigsten Fällen.

Namentlich bei Placenta praevia benutzen wir stets eher den Metreurynter, da wir mit demselben auch zugleich die Blutung stillen.

Ähnlich benutzen wir auch zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, wo es auf eine Stunde nicht ankommt, entweder die Bougies oder den Metreurynter.

Zum Schlusse sei uns gestattet, auf den sonderbaren Verlauf der Eklampsie im 2. Falle aufmerksam zu machen.

Die eklamptischen Anfälle entstanden in der ersten Geburtsperiode. Der Harn war ohne Eiweiß; nach den ersten Anfällen betrug der Eiweißgehalt 2‰. Nach dem fünften Anfalle wurde die Geburt beendet. Sofort entstand im Zustande der Mutter eine auffallende Euphorie. Am 3. Tage des Wochenbettes war der Harn wieder eiweißfrei. Wie würde dieser Fall scheinbar zu gunsten derer sprechen, die in der raschen Entleerung des Uterus ein fast

absolut sicheres Mittel zur Kupierung der eklamptischen Anfälle sehen.

Plötzlich am 8. Tage des Wochenbettes, trotzdem die Diurese groß und der Harn eiweißfrei ist, neuer Ausbruch typischer Eklampsie (selbstverständlich wurde die Epilepsie und Hysterie durch sorgfältige Untersuchung und Anamnese ausgeschlossen). Die Anfälle waren typisch, wiederholten sich rasch, die Bewußtlosigkeit dauerte fast den ganzen Tag.

Gewiß kann man also diesen Fall zu den schwereren rechnen. Und wo ist nach dem heutigen Standpunkte die Ursache der Eklampsie in diesem Falle zu suchen? Die Diurese normal, der Harn ohne Eiweiß, der Uterus leer!

Gerade solche einzelne genau beobachtete Fälle führen uns zur Meinung, daß die Ätiologie der Eklampsie nicht in jedem Falle dieselbe sei, im Gegenteil, daß durch verschiedene, leider bis jetzt unbekannte Ätiologie der Verlauf und die Prognose verschiedener Fälle schon a priori bedingt ist.

III.

(Aus der kgl. Entbindungsanstalt zu Kopenhagen.

Zur Dilatation nach Bossi.

Von

Prof. **Leopold Meyer.**

Obgleich wir schon seit September 1901 in der kgl. Entbindungsanstalt zu Kopenhagen das (vierblätterige) Dilatatorium von Bossi verwenden — anfänglich zögernd und prüfend; mit zunehmender Erfahrung immer häufiger —, habe ich unsere diesbezüglichen Erfahrungen noch nicht veröffentlicht, weil dieselben mit den von anderen Seiten mitgeteilten im großen und ganzen übereinstimmen, besonders in dem Punkte, daß wir das Instrument als eine sehr wertvolle Bereicherung des geburtshilflichen Armamentariums ansehen. Jetzt aber, nachdem Zangemeister nach den Erfahrungen der Leipziger Klinik sich warnend gegen den Gebrauch aller »durch Schraubenkraft getriebenen Dilatatorien« ausgesprochen hat[1], und da es zu befürchten ist, daß diese Warnung, nicht nur von der Autorität des Verf., sondern auch von der seines hochangesehenen Chefs gestützt, viele Kollegen von dem Gebrauche des Instrumentes abhalten wird, finde ich es angemessen, unsere Erfahrungen hier in aller Kürze zu veröffentlichen[2].

Nur in einem Punkte stimme ich Zangemeister völlig bei: das Instrument darf bei Placenta praevia nicht verwendet

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1903. Nr. 4.

[2] Der I. Assistent der Klinik, Dr. Muus, wird an anderer Stelle ausführlicher über unsere Fälle mitteilen.

werden. Die Erweiterung soll langsam geschehen, muß Zeit in Anspruch nehmen; während dieser ganzen Zeit blutet es, bisweilen sehr stark, und die Gebärende hat ja meistens schon vor der Ankunft des Arztes (bezw. vor dem Eintritt in die Klinik) recht viel Blut verloren. Es eilt mit der Entbindung nicht, es eilt mit der Blutstillung; dann gewinnen wir Zeit, um die Pat. zu kräftigen. Hier leistet die Metreuryse nach Champetier de Ribes Vorzügliches.

Auch die von einigen Seiten empfohlene Verwendung der Schraubendilatatorien zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt ist meines Erachtens nicht zweckentsprechend, mit Ausnahme der wenigen Fälle, wo diese Operation wegen bedrohlicher Symptome seitens der Mutter (Dyspnoë, Nephritis mit Retinitis albuminurica etc.) ausgeführt wird. Für die gewöhnlichen Fälle von künstlicher Frühgeburt, wo ein enges Becken die Anzeige abgibt, sind die Methoden die besten, die, wehenerregend wirkend, es den Naturkräften gestatten, die Geburt zu beendigen; vertragen ja erfahrungsgemäß die zu früh geborenen Früchte Zange wie Wendung und Extraktion recht schlecht.

In den Fällen aber, wo Indikation für die schnelle Beendigung der Geburt vorliegt, glaube ich das Instrument Bossi's empfehlen zu können, und zwar ist die Furcht vor Blutung aus Einrissen im Muttermunde und Gebärmutterhalse nach unseren Erfahrungen unbegründet. Wir haben das Instrument 15mal verwendet, und zwar sechsmal bei Eklampsie, zweimal bei Infektion (darunter einmal Placenta praevia partialis oder vielleicht eher tiefer Sitz des Mutterkuchens, erst während der Dilatation erkannt); zwei weitere Fälle von Placenta praevia; zweimal bei Morbus cordis; zweimal bei Pyelitis mit hohem Fieber; einmal bei vorzeitiger Lösung des Mutterkuchens. Zwei Pat. sind gestorben, und zwar eine Eklamptika (an Cerebralia) und die erwähnte Pat. mit Sepsis und tiefsitzendem Mutterkuchen (an Puerperalfieber). Die Sektion ergab im ersten Falle: »Muttermund kontundiert und ein wenig eingerissen«; im zweiten Falle: »Am Muttermunde finden sich zwei 1,5 cm lange Einrisse mit glatten Rändern«. Da in beiden Fällen Wendung und Extraktion der Dilatation sofort angeschlossen wurde, sind diese kleinen Einrisse wohl ebensogut jenem wie diesem Eingriffe zuzuschreiben. Ebensowenig wie in diesen zwei gab in den übrigen 13 Fällen ein Kollumriß zur Blutung Veranlassung. In denjenigen Fällen, wo wir sofort nach Entfernung des Dilatatoriums genau untersuchten — und das haben wir in den meisten Fällen getan —, konnten wir (mit Ausnahme des unten erwähnten Falles) die Abwesenheit jeder palpablen Kontinuitätstrennung nachweisen; und doch haben wir in den meisten Fällen das Instrument völlig geöffnet. Daß man beim Entlassen solcher Pat. dann und wann kleine Einrisse am Muttermunde nachweisen kann, hat ja für die vorliegende Frage gar nichts zu sagen; kommen doch solche Einrisse bei ganz natürlichen Entbindungen nicht zu selten vor. Daß das Dilatatorium

in einem unserer Fälle einen Riß verursacht hat, schreibe ich nur Ungewohnheit in der Handhabung des Instrumentes zu. Es war einer der ersten unserer Fälle, eine IIpara mit Eklampsie, bei der die Geburt noch nicht angefangen hatte, Cervicalkanal lang und eng, innerer Muttermund für den Finger kaum passabel. Anfänglich glitt das Instrument bei der Dilatation mehrmals aus dem Mutterhalskanale heraus, und dadurch entstand ein ziemlich großer, aber kaum blutender Riß. Hätte ich hier, mit Rücksicht auf den seitens des Mutterhalses ungewöhnlich großen Widerstand, noch langsamer dilatiert, wäre dieses, das uns in den übrigen 14 Fällen nicht passiert ist, gewiß nicht geschehen.

Blutung aus einem Risse haben wir, wie schon gesagt, in keinem einzigen Falle gesehen.

Je größer der Widerstand, je länger der Mutterhals, um so langsamer muß dilatiert werden — $^1/_4$ cm jede halbe Minute wird für viele, aber gewiß nicht für alle Fälle passen. Ich habe bis jetzt immer das Instrument von Bossi benutzt. Nur einmal habe ich das Dilatatorium von Kaiser versucht; dasselbe ist aber zu kurz, füllt den Scheideneingang völlig aus und gestattet so weder dem Auge noch dem Finger der Dilatation zu folgen. Ich sehe es aber als einen Vorzug an, daß dasselbe achtblätterig ist, und die Konstruktion ist eine sehr zweckmäßige. Vielleicht lassen sich unschwer die Vorteile beider Instrumente in einem vereinigen.

Wenn Zangemeister am Schlusse seiner Mitteilung es (wenn auch mit Vorbehalt) empfiehlt, den Tarnier'schen Ecarteur utérin durch Händedruck wirken zu lassen, muß ich dringlich dagegen warnen. Ich habe es vor mehreren Jahren versucht und danach üble Einrisse gesehen. Das Instrument ist aber auch dafür gar nicht bestimmt, es ist fast nur ein »Provocateur«, ein wehenerregendes Instrument; die ganz dünnen Gummibänder (nicht, wie Zangemeister schreibt, ein starkes Gummiband), die zum Instrumente gehören, zeigen dieses zur Genüge.

IV.

Zur Anwendung des Dilatators von Bossi.

Von

Dr. **Gustav Beck**, Frauenarzt in Prag.

Im Jahrgang 1897 Nr. 13 der Prager med. Wochenschrift habe ich auf die bedeutenden Vorteile dieses Instrumentes hingewiesen und drei Fälle mitgeteilt, in denen ich es zur vollkommenen Zufriedenheit in Anwendung brachte; ich freue mich, konstatieren zu können, daß daraufhin Versuche auch an Kliniken, so auch hier in Prag, angestellt wurden, die zu befriedigenden Resultaten geführt haben, wie aus mehreren Publikationen zu ersehen ist. Heute erlaube ich mir, zwei weitere Fälle zu beschreiben, bei denen ich Bossi's Dilatator zur Anwendung brachte, und zwar bei Fällen von Eklampsie.

*

Der erste Fall kam am 1. August 1897 zur Beobachtung.

Frau P., 29 Jahre alt, Primipara, machte vor 3 Jahren Scharlach durch, war sonst angeblich auch während der Schwangerschaft ganz gesund, in den letzten Tagen trat geringes Ödem der Knöchel auf. Die Wehen begannen am 31. Juli. Nachts klagte die Frau über Kopfschmerzen und erbrach, um 5 Uhr morgens erfolgte ein typischer eklamptischer Anfall; um $^1/_2$7 Uhr früh fand ich eine große, sehr kräftige Frau ohne Bewußtsein, Temperatur normal, Puls 60, geringes Ödem der unteren Extremitäten, Herztöne rein, Uterus mäßig ausgedehnt, I. Schädellage, Kopf ins Becken eingetreten, fötale Herztöne gut. Vagina eng, Cervix verstrichen. Muttermund für zwei Finger durchgängig, Blase stehend. Der Harn gibt, in einer Eprouvette mit Essigsäure-Ferrocyankali behandelt, einen Eiweißniederschlag, der die Hälfte des Volumens einnimmt. Um 7 Uhr zweiter Anfall. Koma andauernd. Injektion von 2 cg Morphium. Es wird die sofortige Entbindung beschlossen und um 9 Uhr in Chloroformnarkose (Dr. Weiss) die Dehnung des Muttermundes mit dem Dilatator Bossi's auf Marke 10 vorgenommen, dann die Blase gesprengt, Zange angelegt und das Kind extrahiert; dasselbe ist schwach asphyktisch und wird leicht belebt. Placenta wird $^1/_4$ Stunde später exprimiert. Die Episiotomiewunde wurde mit vier Nähten geschlossen; keine Verletzungen der inneren Genitalien.

Das Koma hielt an, es folgten noch vier heftige Anfälle und um 7 Uhr abends trat Exitus ein. Das Kind blieb am Leben.

II. Fall: Am 19. Januar 1901 wurde ich zu Frau G. gerufen; dieselbe ist 32 Jahre alt, zum 1. Mal im 6. Graviditätsmonate schwanger; sie litt in den letzten Wochen an Ekzem, am gestrigen Tage an Brustbeklemmungen, heute um 10 Uhr vormittags erfolgte ein Krampfanfall mit Bewußtlosigkeit. Bis Mittag waren fünf eklamptische Anfälle beobachtet worden, und wurde ich von den behandelnden Ärzten Herren Dr. Freund und Dr. A. Pollack zur sofortigen Einleitung der Frühgeburt gerufen. Der mit Katheter entleerte Harn reagierte ammoniakalisch, enthält Eiweiß (Essbach 10), mikroskopisch Blasenepithelien, Epithelcylinder und Leukocyten. — Die Frau ist mittelgroß, kräftig, Uterus handbreit über den Nabel reichend, Frucht in I. Querlage, Vagina eng, Cervix $2^1/_2$ cm lang. Muttermund grübchenförmig. In Chloroformnarkose wird die vordere Muttermundslippe mit Hakenzange herabgezogen, der Dilatator Bossi eingeführt und langsam in $^1/_2$ Stunde auf 6 cm erweitert, dann wird die Blase gesprengt, der rechte Fuß gefaßt und bis zur Hüfte herabgezogen. Nun bildet der leistenartig vorspringende, sich zusammenziehende innere Muttermund ein Hindernis, ich übergebe daher die Extremität dem Kollegen, um von neuem den Dilatator einzuführen und noch mehr zu erweitern, durch stärkeres Anziehen der Extremität reißen die Weichteile derselben ein, so daß dieselbe keinen Halt mehr bietet und trenne ich sie, da sie uns hindert, ab. Die Dilatation auf 7 cm unter Kontrolle des Muttermundsaumes durch den Finger geht dann leicht von statten, worauf die weibliche Frucht leicht extrahiert wird, die Placenta folgt dann spontan nach, zeigt weiße Infarkte und zwei kleine Nebenplacenten. Da es blutet, untersuche ich und finde einen seichten vorn rechts den Muttermundsaum betreffenden Einriß, der sicher bei der raschen Extraktion des Kopfes entstanden war. Auf Tamponade steht die Blutung. Das Koma dauerte an und starb die Frau um 5 Uhr nachmittags. Die Operation hatte ungefähr 1 Stunde bei vollkommen unvorbereiteten Weichteilen gedauert, und war durch die zuerst ungenügende Eröffnung verlängert worden.

Die Tatsache, daß bei Entfernung des Instrumentes eine Kontraktion des inneren Muttermundes stattfindet, ist zu beachten und bei der Erweiterung von vornherein etwas weiterzugehen, als zur Vornahme der Entbindung notwendig wäre, um den nötigen Raum zu gewinnen.

Wenn auch das Instrument nicht gerade häufig angewandt wird, so möchte ich es doch nicht in meinem Armamentarium vermissen,

da es in Bezug auf den beabsichtigten Effekt vollkommen verläßlich ist, und als besonderer Vorteil vor der Ballonanwendung hervorgehoben werden muß, daß der vorliegende Kindesteil keine Verschiebung erleidet und die von den Indikationen des einzelnen Falles abhängige Schnelligkeit des Verfahrens dem Willen des Operateurs anheimgestellt bleibt.

V.

Zur Frage der schnellen geburtshilflichen Erweiterung.

Von

A. Calmann in Hamburg.

Noch in der neuesten Ausgabe des Olshausen-Veit'schen Lehrbuches der Geburtshilfe aus dem Jahre 1902, das wir als den Niederschlag gesicherter Erfahrungen und wohlfundierter, über den Parteien stehender Anschauungen zu schätzen wissen, findet sich auf p. 867 der Satz: »Die metallenen Muttermundserweiterer von Tarnier, Bossi und Müller erfreuen sich noch keiner großen Beliebtheit«. Dasselbe Jahr scheint in dieser Frage den völligen Umschwung der Meinungen einzuleiten; das lehrt ein Blick in die Fachliteratur, insbesondere in diese Zeitschrift, deren Nr. 47 (1902) z. B. sechs die Anwendung der Metalldilatatoren befürwortende Aufsätze enthält. Der Augenblick ist nunmehr wohl nicht fern, wo sich eine größere Anzahl von Ärzten zur Anschaffung eines solchen Instrumentes entschließt. Es ist daher gerade jetzt die richtige Zeit, sich einmal wieder der manuellen Erweiterung zu erinnern, die anscheinend in Deutschland überhaupt gar keine Rolle mehr spielt, in anderen Ländern dagegen volle Anerkennung findet. Für ihre Schätzung in Holland z. B. spricht ein Vortrag Meurer's und die sich anschließende Diskussion[1].

Mir selbst gab folgender Fall schwerster Eklampsie die Gelegenheit, die Leistungsfähigkeit des Verfahrens zu erkennen:

B. L., Kaufmannsgattin, 27 Jahre alt, Igravida, war früher gesund. Die letzten Menses waren am 2. Mai 1900 aufgetreten. Am 9. Januar 1901, also gerade einen Monat vor dem Endtermin, wurde ich wegen Kopfschmerzen und Sehstörungen gerufen. Ich stellte ein fast universelles Ödem fest, die Beine sind unförmlich dick, die Conjunctiva bulbi ist blasenförmig vorgebuchtet; die Sehschärfe ist ganz bedeutend herabgesetzt; Finger werden dicht vor dem Auge nicht mehr deutlich erkannt. Heftige Kopfschmerzen. Urin erstarrt beim Kochen. — An demselben Tage noch, abends 5 Uhr, traten Krämpfe auf. Der näher wohnende Hausarzt, Herr Dr. Otto Meyer, war sofort zur Stelle, ich kam erst um $6\frac{1}{2}$ Uhr.

Der Befund war folgender: Völlige Bewußtlosigkeit, furchtbare Unruhe, tonisch-klonische Krämpfe des ganzen Körpers, die so schnell aufeinander folgen, daß kaum noch Pausen festzustellen sind. Puls auf der Höhe eines Anfalles aussetzend, ist in der Pause fühlbar, aber nicht zu zählen. Stertoröse Atmung, Schaum vor dem Munde, Zungenbisse. Pat. bekommt bis zur Einleitung der Chloroformnarkose Kampfer und Morphium gleichzeitig. — Fundus reicht fast bis

---

[1] Niederl. gynäkol. Gesellschaft. Dieses Zentralblatt 1902. p. 594 u. 595.

an den Proc. xiphoideus. II. Schädellage. Muttermund geschlossen, Cervix erhalten, zapfenförmig. Die Geburt ist nicht im Gange. — Der Zustand war ein so verzweifelter, daß wir jeden Augenblick den Exitus erwarteten. Einen Moment zog ich den Kaiserschnitt in Erwägung; wegen der im Privathause langwierigen Vorbereitungen sah ich jedoch davon ab und entschloß mich zu einem Versuch manueller Dilatation, von der ich bis dato wenig gehört und gelesen hatte.

In tiefer Narkose ging ich mit der rechten Hand in die Vagina ein, drang langsam mit dem Zeigefinger in die Cervix ein unter leicht drehenden Bewegungen, nach zwei Minuten etwa hatte ich den inneren Muttermund passiert und konnte den Mittelfinger folgen lassen, der am Zeigefinger entlang in kurzer Zeit seinen Weg fand, bald folgte der Ringfinger — und sofort setzte eine kräftige Wehe ein, durch Spreizen der drei Finger mit kreisförmigem Querdurchmesser wurden weitere Wehen ausgelöst und bald gelang es, den kleinen Finger einzuführen und ohne jede Schwierigkeit die Wendung auf den vorderen Fuß auszuführen bei gut fünfmarkstückgroßem Muttermund. Der ins kleine Becken hineingezogene Steiß löste Wehe auf Wehe aus und dehnte spielend bis auf Handtellergröße. Dieser ganze Eingriff, von der Einführung der Hand bis zur Erweiterung auf Handtellergröße, hatte 20 Minuten gedauert. Aus Furcht vor den Folgen zu schneller Entleerung des Uterus wartete ich mit der Extraktion noch einige Wehen ab, und vollzog diese dann mit größter Langsamkeit, ohne auf ein lebendes Kind zu rechnen! Zu meinem größten Erstaunen kam dies nur tief asphyktisch zur Welt und konnte wiederbelebt werden. Der Uterus zog sich gut zusammen, die Placenta folgte $^1/_2$ Stunde später spontan; keine Nachblutung. — Ein kurzer leichter Anfall folgte noch eine Stunde nach der Geburt, ein zweiter solcher nach weiteren $1^1/_2$ Stunden.

Das Wochenbett verlief ohne erhebliche Störungen; nur an den ersten beiden Tagen mußte katheterisiert werden. Die Temperatur erhob sich niemals über 37,7°. Der Eiweißgehalt, die Retinitis albuminurica gingen allmählich zurück. Pat. ist nach längerer Rekonvaleszenz völlig genesen. Sie und das Kind sind heute nach 2 Jahren, gesund.

In diesem Falle gelang es also, durch manuelle Erweiterung eine völlig erhaltene und geschlossene Cervix bei einer Erstgebärenden so weit zu öffnen, daß eine sofortige Entbindung möglich wurde. Allerdings wurde nur eine Erweiterung auf Fünfmarkstückumfang erzielt, es wäre aber das Werk weniger Minuten gewesen, diese auf Handtellergröße oder völlige Eröffnung auszudehnen; ich überließ dies mit Absicht dem kindlichen Steiß. Bei einer ausgetragenen Frucht würde ich jedenfalls die Dilatation von vornherein bis zu Handtellergröße fortgesetzt haben; wenige Minuten genügen dazu, wie mich andere Fälle lehrten.

In einer zweiten, ebenfalls recht gefährlichen Situation bewährte sich mir die manuelle Dilatation in gleicher Weise:

Wegen starker Blutung wurde ich am 5. Juni 1901 abends zu Frau A., einer 37jährigen IXpara, gerufen. Sie hatte die früheren Entbindungen ohne Störungen überstanden. In der letzten Schwangerschaft traten jedoch häufiger Blutungen auf. — Ich fand eine höchst elende, ausgeblutete Frau vor. Der Schwangerschaftsbefund entsprach dem Endtermin. Keine Wehen. II. dorso-anteriore Querlage. Normale äußere Beckenmaße. Bei dem Versuche, die Cervix abzutasten, schoß ein Strom Blutes hervor, Pat. kollabierte. Da ich völlig ohne Assistenz war, stopfte ich schnell die Scheide fest aus und suchte erst einmal die Frau durch Exzitantien zu beleben. Alsbald trafen Herr Dr. Plaut und eine Hebamme ein; ich ließ die Frau chloroformieren, entfernte die Gaze und ging mit der rechten Hand ein. Sofort wieder starke Blutung; die Cervix ist völlig erhalten, auffallend rigide, knapp für die Endphalange meines Zeigefingers durch-

gängig. Mit Mühe zwänge ich den Finger durch und versuche die Blase zu sprengen. Die Rigidität der Portio hindert vorläufig die Bewegungsfreiheit zu sehr; ich kann zwar die rechts seitlich inserierende, die Cervix zu zwei Dritteln etwa überdachende Placenta erreichen, kann aber weder sie noch die knapp fühlbaren Eihäute durchbohren. Viel Zeit hatte ich bei der starken Blutung nicht, ein Instrument für den Eihautstich war nicht ausgekocht. Ich entschloß mich daher zur manuellen Dilatation. In der geschilderten Weise (s. Fall I) lasse ich den Mittel- und Ringfinger sich durcharbeiten, dehne mit drei Fingern bis auf Fünfmarkstückgröße; die zähen Eihäute leisten noch immer Widerstand, bis ich den Daumen einführen und sie mit diesem und den Zeigefinger durchkneifen kann. Nunmehr gelingt die Wendung auf den hinteren Fuß leicht, nach Einleitung des Steißes in das kleine Becken steht die Blutung. An den geborenen Fuß werden etwa 800 g angehängt, nach $1^1/_2$ Stunden sind die Schultern geboren, die weitere Entwicklung geht rasch vor sich; die Placenta wird wegen Blutung sofort nach Credé exprimiert. Der Uterus wird durch einen Druckverband gegen die Symphyse gepreßt. Die Blutung steht. Ungestörter Wochenbettsverlauf. Das Kind, ein Knabe, war tot. Länge 51 cm, Gewicht 3120 g.

In einigen anderen Fällen gelang es mir, den zwar nicht geschlossenen, aber noch nicht genügend erweiterten Cervicalkanal für einen operativen Eingriff, der schnell indiziert war, mit der Hand genügend zu dehnen. Bei einem engen Becken, z. B. mit einer Conj. vera von 8 cm, Conj. ext. 17, D. sp. $22^1/_2$, D. cr. 24, sprang bei knapp für vier Finger durchgängigem Muttermund die Blase, die Nabelschnur fiel vor, Repositionsversuche mißlangen; ich dehnte in etwa 8 Minuten auf Handtellergröße, wendete und extrahierte eine leicht asphyktische, weibliche Frucht, die wiederbelebt werden konnte. Die Frau machte ein glattes Wochenbett durch.

In allen Fällen hat die Methode jedenfalls alles geleistet, was man von ihr erwartete, ohne Verletzungen der Cervix zu setzen; das möchte ich an dieser Stelle hervorheben; ich konnte mich durch Vor- und Nachuntersuchungen jedesmal davon überzeugen. In diesem Punkte scheint sie also vor den Metalldilatatoren, insbesondere dem Bossi'schen Instrumente, den Vorzug zu verdienen. Denn — um nur einige zu erwähnen — Rissmann[2], Knapp[3], Bischoff[3], letzteter sogar in allen seinen Fällen, sahen Verletzungen der Gebärmutter. Und selbst wenn diese durch Vervollkommnung der Instrumente und der Technik ausgeschaltet werden könnten, so haben die Instrumente doch immer noch den einen Nachteil, daß sie den Geldbeutel erleichtern und den Instrumentenkasten beschweren.

Jedenfalls glaube ich, daß die manuelle Dilatation noch weiterer Versuche wert ist.

Anmerkung bei der Korrektur: Weiterer Fall:

41jährige Vpara. Schwangerschaft im 8. Monat. Starke Blutung, seit mehreren Stunden schwache Wehen. Beckenmaße normal, I. Schädellage. Cervix erhalten, für einen Finger knapp durchgängig. Placenta praevia lateralis. Narkose. Manuelle Dilatation bis auf Handtellergröße in 12 Minuten. Wendung und langsame Extraktion eines tief asphyktischen Knaben, der nicht wiederbelebt werden konnte. Mutter genesen. Keine Cervixrisse.

[2] Dieses Zentralblatt 1902. Nr. 28. [3] l. c.

Indikation war für mich die Erfahrung, daß bei unreifen Früchten das Braxton Hicks'sche Verfahren versagen kann, da der kleine Steiß nicht genügend tamponiert. Darauf wollte ich es bei der ausgebluteten Frau nicht ankommen lassen.

VI.

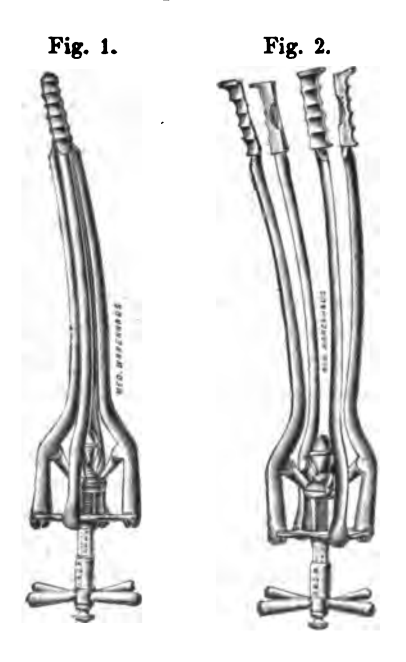
Zur Uterusdilatation.

Von

Dr. **Eduard Preiss** in Kattowitz.

Noch vor den Veröffentlichungen von Kaiser[1], Knapp[2] und Frommer[3] habe ich — im September v. J. — durch das medizinische Warenhaus in Berlin einen Uterusdilatator anfertigen lassen, dessen Konstruktion aus den hier beigefügten Abbildungen ersichtlich ist. Indem ich das Prinzip Bossi's beibehalten habe, weil ich es für richtig halte, kam es mir doch darauf an, durch Vereinfachung des Instrumentes dasselbe handlicher zu machen, zu verbilligen und eine leichtere Asepsis beim Gebrauche zu ermöglichen. Fig. 1 zeigt den Apparat in geschlossenem Zustande, in Fig. 2 ist derselbe geöffnet und mit den auch von Bossi verwendeten Kappen versehen. Es gehen somit, wie aus den Abbildungen ersichtlich ist, von einer Grundfläche lose vier konvergierende Branchen aus, deren Ende demjenigen des Bossi'schen Apparates konform ist; im spitzen Winkel sind sie mit Metallstäben fest verbunden, welche nach einer Kugelsperrvorrichtung zusammenlaufen, die durch einfaches Lösen eines Knopfes, ebenso wie das ganze Instrument auseinandernehmbar ist. Die Skala, welche die jeweilige größte Öffnung der Branchen angibt, befindet sich auf der Schraubenhülse unterhalb der Grundfläche, von der die Branchen ausgehen. Der Apparat ist bedeutend leichter und trotz längerer Branchen 6 cm kürzer als das Instrument von Bossi, wie folgende Gegenüberstellung beweist: Bei dem Di-

Fig. 1. Fig. 2.



---

[1] Kaiser, Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi. Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 41.

[2] Knapp, Zum Accouchement forcé mittels Metalldilatatoren. Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 47.

[3] Frommer, Ein neuer geburtshilflicher Uterusdilatator. Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 47.

latatorium nach Bossi beträgt das Gewicht 750 g, Branchenlänge 20 cm, Länge total 35 cm, während mein Apparat 400 g wiegt bei einer Branchenlänge von 24 cm und einer totalen Länge von 29 cm. Ich hatte bereits vor der Veröffentlichung Kaiser's in Kollegenkreisen die Absicht kundgegeben, ein Instrument nach einem ähnlichen Prinzip wie dieser (nämlich demjenigen der Heister'schen Mundsperre) zu konstruieren, habe aber davon Abstand genommen, weil man auf diese Weise kaum in der Lage sein wird, ein für den praktischen Arzt verwendbares Instrument zu erhalten; soll der Apparat, wie es bei den Verhältnissen der ambulanten Praxis nötig ist, ohne Anwendung von Scheidenspiegel und Kugelzange oder von dieser allein gebraucht werden können, so darf die Grundfläche, von welcher die einzelnen Branchen ausgehen, nicht so breit sein, daß der Scheideneingang durch den Apparat verlegt und eine Kontrolle des Instrumentes am Muttermunde durch die Hand des Operateurs erschwert oder unmöglich gemacht wird; ist dagegen die Grundfläche nicht so breit, daß der Scheideneingang durch dieselbe verlegt wird, so müssen die einzelnen Branchen von solcher Länge sein, daß sie schon bei mäßiger Erweiterung des Muttermundes nach dem Uteruslumen hin divergieren, was ich für unzweckmäßig und schädlichhalte.

Die Versuche, welche mit gütiger Erlaubnis des Herrn Geheimrats Prof. Olshausen an der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Berlin von Herrn Dr. Gutbrod mit meinem Apparate angestellt wurden, haben ein günstiges Resultat ergeben. Wie mir Herr Kollege Gutbrod, den ich für seine Bemühungen hierdurch verbindlichst danke, am 7. November schreibt, hat er das Instrument wiederholt mit Erfolg angewendet[4].

Was die Erweiterung durch acht Stäbe anbetrifft, so erscheint mir dieselbe unnötig; hat ja auch Bossi trotz der Reihe von Jahren, in denen er Versuche mit verschiedenen Modellen anstellte, es nicht für erforderlich gehalten, die Zahl der Branchen zu verdoppeln.

Um zu rekapitulieren, glaube ich, daß mein Instrument folgende Vorteile aufweist: 1) Einfache Handhabung bei leichter Kontrolle der erreichten Ausdehnung; 2) gute Sterilisierbarkeit, da durch das bloße Lösen des Knopfes an der Kugelsperrvorrichtung sämtliche Teile leicht auseinander zu nehmen sind; 3) Billigkeit des Instrumentes. Dazu kommt schließlich große Widerstandsfähigkeit bei geringem Gewicht.

Nachtrag bei der Korrektur: Zweckmäßig ist es dagegen, die ursprünglichen Schutzkappen durch breitere zu ersetzen, sobald die Erweiterung des Apparates einen stärkeren Grad erreicht hat. So habe ich vom medizinischen Warenhause Kappen anfertigen lassen, welche bei 30 mm und solche, die bei 50 mm Erweiterungsdurchmesser aufgesetzt werden und in der entsprechenden Anfangsstellung zusammen je einen geschlossenen Hohlcylinder bilden. Dem

---

[4] Näheres hierüber dürfte Herr Dr. Gutbrod an anderer Stelle mitteilen.

Einreißen der Cervix, wo solches befürchtet wird, dürfte auf diese Weise leichter vorgebeugt werden, wenngleich das Wechseln der Kappen manchem unbequem sein sollte. Um letzteres zu vermeiden, hatte ich der Fabrik vorgeschlagen, die auswechselbaren Schutzkappen durch ein Stahlblechband von 4 cm Breite zu ersetzen, welches eine nach innen zur Zusammenziehung strebende Spirale darstellt; das eine Ende dieses Bandes sollte auf ein Endstück des Dilatators (gleich einer Kappe) aufgesetzt werden, während das übrige Stahlblechband kreisförmig um die anderen drei Branchenenden herumginge, um schließlich beim ersten nach innen abzubiegen und spiralförmig allmählich zu endigen; bei der Erweiterung des Apparates sollte der Bandkreis immer größer, bei der Schließung des Dilatatoriums dagegen — infolge der Tendenz der Spirale, sich zusammenzuziehen — immer kleiner werden; indessen stößt die technische Lösung dieser Frage, die nach Mitteilung des medizinischen Warenhauses unabhängig von mir auch von anderer Seite angeregt worden ist, vorläufig noch auf ernste Schwierigkeiten.

Neue Bücher.

1) **M. Stolz** (Graz). Studien zur Bakteriologie des Genitalkanales in der Schwangerschaft und im Wochenbette.

Graz, **Leuschner & Lubensky**, 1903.

Die Studien, über die Verf. bereits auf der 74. Naturforscher-Versammlung zu Karlsbad berichtet hat, liegen in einem 306 Seiten starken Bande mit zahlreichen Tabellen und einem ausgedehnten Literaturverzeichnisse vor. Sie sind in der v. Rosthorn'schen Klinik in Graz gewonnen durch eingehende Untersuchungen an 32 Schwangeren, an 156 explorierten und 54 nicht explorierten Wöchnerinnen des 9. Tages, schließlich an je 13 bis 17 Wöchnerinnen des 3. bis 8. Tages. Berücksichtigt wurden nur solche Wöchnerinnen, die mit sterilem Handschuh untersucht worden waren; bei den Schwangeren-Untersuchungen wurden allerdings auch mit desinfizierter Hand touchierte Fälle zum Vergleich herangezogen. Die objektive Desinfektion bestand stets in Reinigungsbad und Lysolabreibung der äußeren Genitalien, die subjektive in mechanischer Reinigung mit Schleich'scher Seife und nachfolgender Sublimat- und Lysoldesinfektion. Der Dammschutz wurde allemal mit blanker Hand in Seitenlage unter dem Schutze einer sterilen Kompresse vorgenommen. Die Untersuchungen des Verf. erstreckten sich, unter Verwertung der von seinen Vorläufern gewonnenen Erfahrungen, auf den Bakteriengehalt der Vagina von Schwangeren, auf den der Uteruslochien an verschiedenen Tagen, besonders dem 4. und 9. des Wochenbettes, auf den der Scheide am 4. Tage des Puerperium, auf denjenigen fiebernder Wöchnerinnen mit Prüfung der Virulenz der angegangenen Keime, sowie auf den Einfluß intra-uteriner Spülungen.

Besondere Aufmerksamkeit wurde dem Vorkommen von Streptokokken gewidmet.

Die Entnahme des Sekretes der Schwangeren geschah durch Entfalten des Introitus mit behandschuhter Hand, Einführung eines sterilen Kuskospiegels und Entnahme des Sekretes von einer unberührten Stelle des Scheidengrundes mit der Platinöse. Als Nährböden zur Kultivierung wurden Bouillon und Agar-Agar, dieser auch überschichtet, angewandt. Die Kulturen wurden 8 Tage lang beobachtet. Impfversuche wurden hier nur 3mal gemacht, und zwar mit 24stündiger Bouillonkultur, die aus einer 24stündigen Liboriuskultur angelegt war; 0,2 ccm der aufgeschüttelten Bouillon wurden einer weißen Maus intraperitoneal injiziert. Es stellte sich heraus, daß sowohl im pathologischen wie im normalen Sekrete Döderlein's pathogene Keime vorkommen können, sogar (für die Maus) hochvirulente Streptokokken, daß aber die An- oder Abwesenheit von pathogenen Bakterien keinen Rückschluß auf den Verlauf des Wochenbettes gestattet, daß die Untersuchung mit steriler oder desinfizierter Hand für den Bakteriengehalt ziemlich gleichbedeutend ist, und daß die bakterizide Kraft des Vaginalsekretes sich gegen die in der Scheide vorhandenen pathogenen Mikroorganismen nicht bewährt hat. Streptokokken ließen sich aërob wie anaërob züchten.

Die bisherigen Untersuchungen über den Keimgehalt der Lochien normaler Wöchnerinnen zeigen nach ihrer Zusammenstellung, daß sich bei insgesamt 773 normalen Wöchnerinnen 285mal Keime nachweisen ließen. Nur in fast 50% waren die Lochien steril. Berücksichtigt man, daß nur immer ein Teil der vorhandenen Bakterien auf unseren künstlichen Nährmedien fortkommt, so erhellt schon daraus, daß der Uterus normaler Wöchnerinnen nicht als keimfrei betrachtet werden kann. Die im einzelnen verschiedenen Forschungsergebnisse der 14 so zusammengestellten Autoren haben ihre Ursache 1) in der Verschiedenheit der Wahl des Materials, insofern als der Begriff des normalen Wochenbettes schwankt, 2) in der Verschiedenheit der Lochienentnahme mit oder ohne Anwendung mechanischer Reinigung und Desinfektion, 3) in der Art der Verimpfung des Materials, insofern als die verschiedenen Abschnitte des Inhaltes des Döderlein'schen Saugröhrchens infolge der Sedimentierung in utero nicht gleichwertig sind, 4) in der Menge des verimpften Materiales, 5) in der Differenz der Kulturmethoden wie der Mangel des anaëroben Verfahrens, Verwendung von Bouillon etc., 6) in der Verschiedenheit des Zeitpunktes der Entnahme, der meist ins Spätwochenbett fällt. Dazu kommen noch Faktoren, wie die Mobilisierung der bakteriziden Kräfte des extravasierten Blutes, die Leukocyteneinwanderung, Gewebsverletzungen, Stagnation des Sekretes, Bildung eines Granulationswalles, Zahl und Virulenz der ascendierenden Keime, Infektion von Thromben, Regeneration des epithelialen Schleimhautüberzuges (normal am 5. Tage, Krönig).

Die Technik der S.'schen Wöchnerinnen-Untersuchungen bestand

in Sublimatdesinfektion des äußeren Genitale, Einführung des Kuskospiegels, Reinigung der Portio mit steriler Watte, Einführung des sterilen Döderlein-Röhrchens unter Zuhalten des geraden Endes und eventueller Ansaugung, Zerschlagen des Röhrchens, Benutzung des mittleren Sekretabschnittes in demselben, Übertragung auf 1%ige Peptonbouillon und Traubenzuckeragar: schräg erstarrt oder überschichtete Stichkultur oder als Liboriuskultur.

Auf diese Weise fanden sich in 35% der Fälle Bakterien am 9. Tage des Wochenbettes, davon in 11% Streptokokken. In der Gruppe (49 Fälle) von höher temperierten Wochenbetten (bis 37,9°) ist der Bakteriengehalt fast doppelt so groß, auch der Streptokokkengehalt beträchtlicher (16,3%) als in der Gruppe der niedriger temperierten (bis 37,7°) = 107 Fälle. Bei Primipuerperae überwogen unter dem sonst gleichen Bakteriengehalt die Streptokokken, namentlich sobald das erste Wochenbett unter der höheren Temperatur verlief. Mehrmalige Untersuchungen intra partum, Geburtsdauer, Dauer der Nachgeburtsperiode, Dammrisse, mit steriler Hand ausgeführte Operationen spielen keine wesentliche Rolle, ebensowenig für die früheren Tage des Puerperiums. Nur die Retention von Eihäuten scheint eine Steigerung der Keimzahl zu begünstigen. Kontrolluntersuchungen an 54 nicht untersuchten Wöchnerinnen ergaben durchaus identische Resultate. »Auch bei den sehr kurz verlaufenden Geburten werden Keime, sogar Streptokokken, im Lochialsekrete gefunden, selbst wenn während der Geburt keine innerliche Untersuchung erfolgt war.« Der Bakteriengehalt der Uteruslochien an Frühwochenbettstagen ist nicht von demjenigen des 9. Tages verschieden. Es fanden sich in gleicher Weise Streptokokken, die aber keine Erscheinungen machten. In 18 Fällen (von je 13 bis 17 auf jeden Tag vom 3. bis zum 8. Tage) trat nach der Sekretentnahme Fieber ein; 13 davon ließen schon vorher vorhandene Bakterien auf den Nährböden angehen. Für die Temperatursteigerung ist wohl die größere Verletzlichkeit des noch nicht regenerierten Cavum uteri verantwortlich zu machen. Auch nach abgelaufenem Fieber konnten noch Streptokokken nachgewiesen werden. Die saprophytischen Stäbchen pflegen schneller zu verschwinden als die parasitären Streptokokken.

Wegen der fast physiologischen Temperatursteigerung und der häufig veränderten Beschaffenheit der Uteruslochien am 4. Tage wurde dieser Tag besonders berücksichtigt.. In 75 Fällen wurde Uterussekret, in 62 auch Vaginalsekret entnommen. Bei afebrilem Wochenbette war ersteres in 80,4% keimhaltig (in 36,9% handelte es sich um Streptokokken), woraus im Vergleich zum 9. Tage hervorgeht, daß die Ascendenz der Keime bald nach der Geburt beginnt, und daß zu gleicher Zeit die bakteriziden Kräfte rege werden. 14 Fälle hatten nur in der Scheide Streptokokken.

Was das Verhältnis des Resultates des einfachen Deckglas-Ausstrichpräparates zu dem der kulturellen Züchtung anlangt, so ist

der kulturelle Nachweis viel häufiger positiv als der mikroskopische. Die Keime haften häufig nur Gewebsbröckelchen an. Für Streptokokkenzüchtung eignet sich vor allem Bouillon und die anaërobe Agarkultur. Im Wochenbette zeigen die Scheidenkeime eine größere Mannigfaltigkeit und Wachstumsenergie im Vergleiche zum Schwangerensekrete.

Einer Prüfung ihres Virulenzgrades unterwarf S. 26 Streptokokkenstämme normaler Wöchnerinnen. Die auf schrägem Agar angegangenen Kolonien wurden zu dem Zwecke in Bouillon übertragen. Von der 24stündigen Bouillonkultur wurden der weißen Maus 0,1 bis 0,5 ccm intraperitoneal injiziert. Es ergab sich, daß in der Hälfte der Fälle die Kokken nicht tierpathogen waren, wobei allerdings hervorgehoben werden muß, daß sie 2 Tage in künstlichen Nährmedien gezüchtet waren. Die Pathogenität der Kokken scheint weiter nach Einwanderung in den Uterus zuzunehmen; die nicht pathogenen können sehr wohl virulent gewesen sein bezw. sie könnten es noch geworden sein. In Scheidenlochien fiebernder und nicht fiebernder Puerperae sind für weiße Mäuse sowohl virulente wie avirulente Streptokokken anzutreffen. Wie weit diese Virulenz auf den Menschen übertragbar ist, wird wohl nur die klinische Erfahrung lehren.

Die bakteriologischen Untersuchungen puerperaler Fieberfälle erstreckten sich auf 256 Fiebernde, von denen 90 mit intra-uterinen Irrigationen behandelt wurden. Davon waren 62% Eintags-, 74% leichte, 83% schwere Fieber auf Streptokokkeninfektion zurückzuführen. Selbst bei polymikrober Infektion verlief die überwiegende Mehrzahl der Fälle unter Beteiligung des Streptokokkus. Die Selbstreinigung des Uterus erfolgte in 15% der Fälle, am häufigsten nach eintägigem Fieber. Die Infektion des Uterus mit Streptokokken ist nach schweren Fiebern oft noch nachzuweisen, wenn die Temperatur längst normal und die Wöchnerin sonst entlassungsfähig ist. Der Einfluß der intra-uterinen Irrigationen mit 2 Liter 1—2%iger Wasserstoffsuperoxydlösung auf den Bakteriengehalt des Uterus und die Virulenz der Keime war ein völlig negativer; immerhin mögen sie bei den notorisch schwereren Fällen zur Abkürzung der Infektion durch Verhütung von Sekretstauung und Herabsetzung der Resorptionsfähigkeit beigetragen haben.

Unterschiede in der Virulenz der Streptokokken je nach leichtem oder schwerem Fieber traten nicht zu Tage. Dagegen scheinen die vor dem Fieberbeginn aus dem Uterus gezüchteten Streptokokken von geringerer Virulenz als die während oder nach dem Fieber aus den Lochien gezüchteten. Unter diesen Umständen läßt sich die Entstehung von leichten oder schweren Puerperalfiebern durch den wechselnden primären Virulenzgrad der Keime allein nicht erklären. Es sind andere Momente, wie die Blutfülle des Organs und damit die Menge der bakteriziden Kräfte, der Zustand der Wunde, die Spannung, unter der das Sekret steht, die Menge der eingeführten

Keime, etwaige Verletzungen der Cavuminnenfläche, Retention von Eihäuten, zur Erklärung heranzuziehen. Praktisch wichtig wäre der Streptokokkennachweis in den allerersten Tagen des Puerperium als Gradmesser für die Schnelligkeit ihrer Ausbreitung. Zu berücksichtigen wären dabei die Virulenz der Keime und eventuelle Verletzungen. Therapeutisch rät S. zu intra-uterinen Ausspülungen zwecks Wegschaffung des Wundsekretes und etwaiger Eihautreste.

Mit diesen Resultaten des Verf. stimmt es überein, wenn nach Ausschaltung der Handkeime durch sterile Gummihandschuhe bei erhaltener relativ hoher Morbidität nur die leichten Fieber ein nahezu gleichmäßiges Zurückgehen aufweisen. Von schweren Fiebern bestanden 6,4%, gleichviel ob während der Geburt untersucht war oder nicht. Es ereignete sich sogar ein Fall tödlicher Infektion trotz Untersuchung mit Gummihandschuhen. Untersuchungen wie Operationen mit steriler Hand geben durchschnittlich keine besseren Wochenbettsergebnisse als die mit sorgfältig desinfizierter Hand; nur bei vielfachen Untersuchungen läßt sich ein Einfluß zu Gunsten der Handschuhe konstatieren. Damit ist die Möglichkeit endogener Infektion erwiesen, meist durch Ascendenz der Keime im Wochenbette. Prophylaktisch muß daher die Forderung möglichst günstiger hygienischer Verhältnisse zur Verhütung der Einschleppung von Außenkeimen gestellt werden.

Die Resultate der bakteriologischen Forschung stützen jedenfalls die Lehre von der Selbstinfektion, wenn man diese als Möglichkeit der Infektion mit Scheiden- und Vulvarkeimen ohne Vermittlung der Untersuchung auffaßt. Auch klinische Tatsachen stützen diese Lehre, die für unverschuldete, schwere, ja tödliche Infektionen bei physiologischen Vorgängen außerordentlichen Wert hat. Die Aufgabe der Zukunft ist der Kampf gegen diese autogene Infektionsquelle.

Bruno Bosse (Chemnitz).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 9. Januar 1903.

Vorsitzender: Herr Schülein; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstration von Präparaten.

1) v. Bardeleben demonstriert an zwei Präparaten, einem Uterus einer Graviden und einer Kreißenden, beide am Ende der Schwangerschaft, bei welchen die schnelle mechanische Eröffnung der mehr oder weniger vollkommen erhaltenen Cervix mit anschließender operativer Entbindung ausgeführt wurde, die Nachteile dieses Dilatationsverfahrens. Die Zahl der bisher auf der Charitéklinik so behandelten Fälle beträgt 20 (Keller), in der Poliklinik 10. Es wird auf den Unterschied der Anlegung des Dilatatoriums bei erhaltener und bei verstrichener Portio hingewiesen. Die Verschiedenheit der anatomischen Verhältnisse in beiden Fällen bedingt, daß die Dilatatorarme ein jedes Mal an Stellen von wesentlich unterschiedlicher Bedeutung angreifen.

In dem Falle, von dem das erste Präparat herrührt, einer schweren Graviditätseklampsie bei einer Ipara, blieb die unterstützende Wirkung der Wehen völlig aus, so daß die rein mechanische Dehnung, die Konfiguration und Konsistenz des Kollums nach derselben und die Folgen davon einwandsfrei zur Beobachtung gelangen. Bis 8 cm Durchmesser ließ sich das Kollum in 40 Minuten durch das achtarmige Dilatatorium dehnen, ständig und in ganzer Ausdehnung durch den tastenden Finger gewissenhaft überwacht. Dann traten plötzlich multiple kleine Einrisse und ein größerer, etwa 3 cm langer, flacher Einriß auf. In weiteren 10 Minuten wurde noch um 1 cm, also bis auf 9 cm Durchmesser gedehnt, ohne daß die Risse sich vergrößerten. Wie der Befund jetzt zeigt, ist der eine größere Einriß durch die angeschlossene Wendung und Extraktion des lebenden, reifen Kindes (plattes Becken, 8 cm Vera) zu einem beträchtlichen, tiefen Cervixrisse erweitert, von dem ein Hämatom ins linke Parametrium ausgeht. Dies alles war symptomlos geblieben, weder Blutung, nach außen noch auch nach innen, während $2^1/_2$stündiger, strenger Überwachung. Die Pat., welche bereits vor der Entbindung wie eine Moribunde aussah, starb im eklamptischen Koma.

Das zweite Präparat stammt von einer Zweitgebärenden mit inkompensierter Mitralstenoseninsuffizienz und Tricuspidalinsuffizienz, welche außer Orthopnoe und Cyanose bereits Zeichen von Lungenödem (blutig-schaumiges Sputum) darbot. Dilatation des noch 4 cm langen Cervicalkanales, der für einen Finger durchgängig ist, unter mäßiger Unterstützung schwacher und spärlicher Wehentätigkeit innerhalb 25 Minuten bis auf $7^1/_2$ cm Durchmesser. Wegen Entstehens mehrfacher Risse Anlegung der Achsenzugzange (nach Sprengung der Blase), allmähliche Extraktion eines lebenden, reifen Kindes. Die Mutter starb nach 10 Stunden an Lungenödem. Am Präparate mehrfache kleinere Einrisse in den Muttermundsrand, der eine wieder größer, $3^1/_2$ cm lang, deutlich ausgeprägte Druckstellen der Branchen.

Wir haben also, trotz sachgemäßer, vorsichtiger Handhabung des Dilatators, immer mit der Möglichkeit zu rechnen, daß Risse vorhanden sind, ehe der eigentliche Fruchtaustritt beginnt. Es ist daher auch stets erforderlich, das Verhalten des Muttermundes vorher genau festzustellen. Wenn die Risse nun auch nicht in allen Fällen unmittelbar lebensgefährlich sind, so können sie es doch werden durch die eigentliche entbindende Operation, zu deren Ausführung die schnelle Dilatation unternommen wurde, zumal der mechanisch dilatierte Muttermund dem physiologisch erweiterten niemals gleichkommen kann. Besonders gilt dies für die Extraktion des nachfolgenden Kopfes, welcher stets plötzlich und schnell durch den pathologisch erweiterten Muttermund hindurchgeführt werden muß.

Die Tatsachen, welche die beiden Präparate vor Augen führen, ergeben zwingend folgende Schlußfolgerungen:

1) Die Gefährlichkeit des schnellen mechanischen Dilatationsverfahrens bei mehr oder weniger vollkommen verhaltener Cervix erheischt als Indikation ernste Gefährdung des mütterlichen Lebens.

2) Mit Rücksicht auf die Beschaffenheit des Muttermundes nach der Dilatation muß im Anschluß daran schonend entbunden werden, d. h. mit langsam vorangehendem Kopfe, soweit das überhaupt möglich ist.

3) Placenta praevia kann niemals Indikation, sondern nur Kontraindikation sein, da hier die ohnehin vorhandene Möglichkeit des Entstehens von Einrissen erhöht, die Bedeutung derselben aber eine viel ernstere ist.

Herr Gauss hält dafür, daß die Indikationen der Dilatation nach Bossi wegen des Vorkommens von Cervixrissen nicht einzuschränken, sondern die Anwendung des Instrumentes nur noch vorsichtiger als schon bisher zu gestalten sei. Diese Lehre geben ihm auch seine eigenen 13, in der kgl. Frauenklinik vorgenommenen Dilatationen mit dem von Frommer modifizierten Bossi'schen Dilatator. In 12 Fällen ergab die am Schluß der künstlichen Erweiterung vorgenommene Abtastung des Muttermundes seine völlige Intaktheit, in einem 13. Falle jedoch, wo ein der Dilatation vom Muttermunde entgegengesetzter ziemlich erheblicher Widerstand scheinbar durch langsames regelmäßiges Weiterdrehen

der Schraube überwunden wurde, fand sich ein zuerst an dem plötzlich leichten Arbeiten des Instrumentes erkannter, durch Hand und Auge bestätigter Cervixriß, den G. seiner Ansicht nach durch vorsichtigeres Vorgehen in der Überwindung der Widerstände hätte vermeiden können.

Die bei zweien von den vier an Eklampsie gestorbenen Frauen durch Obduktion festgestellten Muttermundseinrisse werden als erst nachträglich durch den durchtretenden Kopf entstanden betrachtet, zumal solche Risse auch bei Spontangeburten öfter gefunden werden; sie können daher dem Gebrauche des Dilatators nicht zur Last gelegt werden. G. meint, daß das in beiden Fällen bei der Extraktion des Kindes beobachtete Heruntertreten des Muttermundes in die Vulva, wie es bei der durch bloße Dehnung und nicht durch Verstreichen erfolgten Erweiterung des Muttermundes leicht vorzukommen scheint, bei gleichzeitigem starken Zuge am Kinde (Zange oder Extraktion am Beckenende) das Zustandekommen solcher erst nach der Dilatation entstehender Risse begünstigt.

Herrn v. Bardeleben's Argument, daß man bei einem so geübten Operateur wie Leopold einen Mangel an Technik als Ursache der auch dort beobachteten Risse wohl ausschließen müsse, hält G. für nicht glücklich, da — wenn Leopold wirklich immer selbst dilatierte — wohl jedermann sich den fehlerlosen Gebrauch eines bisher nicht benutzten Instrumnntes erst durch längere Übung und eigene Erfahrung aneignen kann.

Wenn ein Riß trotzdem entsteht, so bleibt allerdings nur die unangenehme Wahl zwischen der forzierten Fortführung der Entbindung auf die Gefahr des Weiterreißens hin — mit nachheriger Versorgung des Risses durch Naht oder Henkel'sche Klemmen — und der für die Mutter schonenderen Entwicklung des lebend-zerstückelten Kindes.

Die Gefährdung des Muttermundes durch den nachfolgenden Kopf ist nicht größer als durch den vorangehenden.

Aus allem folgert G., daß die Indikationen zur künstlichen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi bei vorsichtiger Ausführung nicht irgend welcher Einschränkung bedürfen.

Herr v. Bardeleben: Einrisse entstehen sicher viel öfter, als man annimmt; das ergibt schon die Häufigkeit dieses Befundes an Präparaten, auch an denen des Herrn Gauss, in solchen Fällen, die klinisch symptomlos blieben. Selbst Einrisse, die nicht unmittelbar lebensgefährlich sind, können Schädlichkeiten für das spätere Leben im Gefolge haben, da sie Eingangspforten für Infektionen und Ausgangspunkte für chronische Entzündungen und Retraktionen bilden.

2) Herr Kauffmann demonstriert:

1) Einen Fall von Selbstamputation der Tube. Das Präparat stammt von einer Frau, die 3mal geboren und 1mal abortiert hatte. Seit dem Abort war sie leidend. Pat. kam mit einer Retroflexio uteri zur Behandlung, die sehr viel Beschwerden machte, Arbeitsunfähigkeit bedingte und ein Pessar nicht duldete. Bei der Laparotomie fanden sich massenhafte membranöse Adhäsionen an den Adnexen. Die linken Anhänge zeigten nach der Lösung eine ziemlich normale Beschaffenheit. Die rechte Tube bestand aus 2 Teilen, einem kurzen uterinen Stumpf und einem ca. 3 cm langen, von ersterem völlig getrennten abdominalen Teil, dessen Fimbrienende verschlossen und zu einer kirschgroßen Cyste ausgedehnt war.

2) Einen vollständigen Genitalschlauch, von den Fimbrienenden herab bis zum Introitus vag. Die Radikaloperation wurde wegen primären Scheidenkarzinoms gemacht. Umschneidung des Introitus vag. Verschluß des Scheidenlumens durch enge Naht. Laparotomie (Medianschnitt). Auslösung des Uterus aus seinen Verbindungen. Stumpfe Ausschälung der Vagina. Entfernung des gesamten Genitalschlauches nach unten. Tamponade der Wundhöhle, die nach der freien Bauchhöhle zu sich vollständig mit Peritoneum abdecken läßt. Bauchnaht.

3) Herr P. Strassmann demonstriert:

1) Appendix vermiformis mit Kotsteinen, gelegentlich einer Ventrofixation entfernt. Heilung.

22jähriges Mädchen, seit dem 16. Jahre Stuhlverstopfung 1901 und 1902 3 Anfälle von Blinddarmentzündung. Seit einem Jahre aber frei von Schmerzen. Behandlung wegen kongenitaler Retroflexio mit Ring ohne Erfolg. Operation deswegen und in der Hoffnung, die chronische Obstipation zu bessern. Wegen der früheren Appendixerkrankungen wird nicht die Alexander-Adams'sche Operation, sondern Leibschnitt und Ventrofixation beschlossen. Die erstere hätte — da sich gar keine Verwachsungen fanden — zwar die Retroflexio beseitigt, aber es wären neue Anfälle, vielleicht Perforation des abgeknickten kotsteinhaltigen Appendix erfolgt. In dieser Beobachtung sieht S. eine Kontraindikation der Alexander-Operation für diejenigen Pat., die früher eine Appendicitis überstanden haben. Bei solchen ist auch vor Massage und vor zu energischer Aufrichtung zu warnen!

2) Präparate besonders großer Pyosalpingen.

Die Diagnose hatte wegen der Größe und Beweglichkeit der einen auf gestielte Ovarialtumoren gelautet. Maße der rechten Pyosalpinx im Längsumfange 40 cm, Querumfang 25 cm, Eierstock 8 cm lang ausgezogen. Küstner'scher suprasymphysärer Schnitt. Entwicklung der ungeplatzten Säcke. Erhaltung des linken Eierstockes. Entstehung möglicherweise im Anschluß an Abort.

3) Tuberkulose der Eileiter.

Klinisches Bild vorher: Adnextumoren mit Blasenverwachsungen und wahrscheinlich Stieltorsion. Eigentümliche schwartige Wandungen, mikroskopisch kleinzellige Herde. Impfversuch bei Kaninchen positiv (Koch'sches Institut). An demselben Tage, wo die Impfwunde sich zu infiltrieren begann, Veränderung in der Laparotomienarbe. Käsiger Zerfall. Impfung mit den Granulationen ebenfalls erfolgreich. Heilung der Bauchwandtuberkulose in ca. $1^1/_2$ Jahren.

23jährige Beamtenfrau, keine sonstige tuberkulöse Erkrankung, Lungen insbesondere gesund. Ehemann ebenfalls gesund.

Vortr. erwähnt noch einen anderen Fall von Tuberkulose der Adnexe, bei dem die Infektion mit größter Wahrscheinlichkeit von einem schwer phthisischen Ehemanne in ascendierender Form auf dem Genitalwege erfolgt ist.

4) Präparat einer rupturierten Tubarschwangerschaft, an deren Operation die Entfernung eines Gallensteines angeschlossen wurde.

40jährige Frau, 4 Geburten, zuletzt vor 12 Jahren, dann Abort mit nachfolgender Adnexerkrankung links, Laparotomie zur Entfernung der linken Seite 1892 (Martin). Seit Oktober Blutungen, Koliken. Rechtsseitiger Tubentumor, Operation einstweilen von der Pat. abgelehnt. 2 Tage später Ruptur. Laparotomie in der alten Bauchnarbe. Ei halb zur Tubenrißstelle ausgetreten, Amnion mit Frucht, die gehärtet 2 cm maß, frei in die Bauchhöhle ragend. Die Frucht machte deutliche Bewegungen! Exstirpation der Anhänge. Da der Zustand noch gut, wird der Oberbauch ausgetastet, an dem Pat. auch über Schmerzen geklagt hatte. Verlängerung des Schnittes nach rechts oben. Ventrofixation der Gallenblase, Eröffnung und Entfernung eines pflaumengroßen Gallensteines. Inhalt klar, Gänge frei, deshalb Naht der Gallenblase in Etagen. Tamponade des oberen Winkels. Entfernung am 10. Tage. Heilung. Entlassung am 28. Tage.

Herr Czempin bemängelt den Ausdruck Appendicitis. Wenn man den Proc. vermiformis als Appendix bezeichnen will, auch der Kürze wegen es statthaft ist, von den Adnexen des Uterus zu sprechen, so ist doch die Bezeichnung Appendicitis als pathologisch-anatomischer Begriff ein Unding. Ebenso ungeheuerlich sei die Bezeichnung Adnexitis.

Deshalb bittet C. in Zukunft den Proc. vermiformis zu exstirpieren, oder die Operation der Perityphlitis zu machen, aber in unserer Gesellschaft nicht von Appendicitisoperationen zu sprechen.

4) Herr Mackenrodt demonstriert:

a. Ein kindskopfgroßes, polypöses Myom, welches nach Sekalegaben 6 Wochen p. partum in die Scheide ausgestoßen wurde, den Uterus vollständig invertierte, jauchig zerfiel und schwere Sepsis machte. Bei der Operation riß das Myom, welches im Fundus uteri breit gestielt war, ab und es entstand ein fünfmarkstückgroßer Defekt im Fundus uteri. Die obere Hälfte des Uteruskörpers wurde nun reseziert, die Blutung durch Klemmen gestillt, der Stumpf reinvertiert und mit Jodoformgaze ausgestopft, welche bis in die Bauchhöhle reichte. Die Rekonvaleszenz verlief glatt. Der Uterusstumpf hatte sich vorzüglich konfiguriert. M. hält es für wunderbar, daß bei einem so großen und blutenden polypösen Myom Schwangerschaft zustande kam, ausgetragen wurde und schließlich Geburts- und Nachgeburtsperiode, abgesehen von einer Beckenausgangszange, normal verliefen. Interessant ist die Ausstoßung des Tumors nach Sekale.

b. Drei karzinomatöse Uteri mit Metastasen in variabler Größe, um das Verhalten des Ureters zu dem metastasenfreien Bande und zu dem metastasendurchwachsenen Bande zu zeigen. Das Ureterlager muß bei jeder Totalexstirpation gründlich mit entfernt werden; fehlt es am Präparate, so ist die Operation ungenügend. Deshalb ist das Ureterlager ein sicheres Kriterium dafür, ob radikal oder nicht radikal operiert wurde. In den vorliegenden Präparaten sind die Lager durch Hölzchen, welche eingelegt wurden, markiert. Die Ureteren wandern meist vor dem Karzinom her; jedoch werden sie auch manchmal vollständig umwachsen. Das auch noch so umfängliche Herauspräparieren des Ureters schädigt ihn nicht; Einhüllen in seitliches Bindegewebe ist überflüssig und gefährlich durch spätere Schwellung des Bindegewebes und Quellung der Ligaturen.

Die zugehörigen Drüsen sind in einem Falle auf einer blauen Glasplatte in ihrem Zusammenhange befestigt und zeigen den großen Umfang der Ausräumung, wenn sie nach M.'s Methode gemacht wird. Man erkennt noch deutlich die Züge der Vasa iliaca externa, interna, Inguinalis interna und um den Nerv. obturator. herum.

II. Herr Czempin: Weitere Erfahrungen über Myomoperationen.

In der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe hat die Diskussion über Myomoperationen in den letzten Jahren wenig Platz gefunden. C. hat im Jahre 1899 über die Ergebnisse seiner Operationen berichtet, möchte indessen seine erweiterten Erfahrungen zur Diskussion stellen. C. hat in den letzten 12 Jahren 140 größere Myomoperationen ausgeführt. Als Indikation galt fast ausschließlich das Auftreten von Blutungen, welche durch ihr vorzeitiges Auftreten, ihre lange Dauer und ihre Intensität, sowie durch die Unzugänglichkeit gegen andere therapeutische Maßnahmen eine Unterbilanz des Körpers herbeigeführt haben oder doch mit Sicherheit eine solche voraussehen ließen. C. hält nach seinen Erfahrungen die Myomoperationen in ihrer breiten Ausdehnung immer noch für einen nicht gefahrlosen Eingriff und ist deshalb für eine strenge Indikationsstellung. Trotzdem rät er frühzeitig zur Operation, falls sie unabweisbar zu werden scheint, da das Abwarten durch die Blutungen degenerative Zustände des Herzens und des Blutes bedingt, die die Prognose der Operation nur schädigen. Aus anderen Gründen, wie Einklemmungserscheinungen, cystische Entartung, Druckbeschwerden, wurde nur in einigen wenigen Fällen operiert. 3mal führte Verwachsung mit Ovarialtumoren zur Operation, hier war die bizarre Art der Entwicklung der Geschwülste die Ursache des Irrtums der Diagnose. C. demonstriert diese Geschwülste. C. weist auf die interessante Arbeit von Freund hin, der degenerative Prozesse der Geschwülste mit typischen, schweren Allgemeinerscheinungen einhergehen sah, so daß aus letzteren: Diarrhöen, Herzklopfen, Acetonurie, auf die Erweichung geschlossen merden konnte. C. sah einen derartigen charakteristischen Fall, den er operierte (Demonstration der Geschwulst).

Die vaginalen Operationen sind weniger eingreifend als die abdominalen. Trotzdem ist es nicht ratsam, die Grenzen der vaginalen Methode ungebührlich zu erweitern und die Veit'sche Forderung der Eindrückbarkeit der Myome ins Becken im großen und ganzen festzuhalten. Größe der Geschwulst, Multiplizität

der Knollen, Lage und Wachstumsrichtung des vergrößerten Uterus, Straffheit der oberen Bänder, Erkrankungen der Adnexe lassen eine große Anzahl von Fällen für die vaginale Operation ausschließen, so daß für diese doch immer nur die leichteren Fälle übrig bleiben, deren Prognose an und für sich günstiger ist.

C. operierte 58mal vaginal, 82mal abdominal. Von ersteren waren 19 Fälle Enukleationen von Myomen per vias naturales nach Erweiterung des Cervicalkanales. Alle Fälle genasen glatt. C. rät, in allen diesen Fällen sich bereit zu halten, etwaige während der Operation sich ergebende Schwierigkeiten durch größere vaginale Eingriffe, Totalexstirpation, ja event. Laparotomie zu überwinden, auch die Pat. und deren Familie auf die Möglichkeit eines größeren Eingriffes vorzubereiten. 10mal operierte C. nach Dührssen mit Kolpotomie und Spaltung des Uterus entweder von der Cervix an oder mit Spaltung der vorderen Wand in der Höhe des Corpus in der Gegend des Myoms. C. ist ein großer Anhänger dieser genialen Operationsmethode. 2mal wurden subseröse Myome nach Kolpo-Köliotomie entfernt. Von den ersteren 10 Fällen starb eine Pat. infolge postoperativen Irreseins im Delirium acutum. 17mal wurde die Exstirpation des Uterus myomatosus ausgeführt, meist mit Spaltung der vorderen Wand und mit Morcellement der Geschwülste: 1 Todesfall durch Ausstoßung der halb morcellierten Geschwulst in die Bauchhöhle, den C. bereits früher beschrieben und besprochen hat.

Von den 82 abdominal operierten Fällen betreffen zwei 1891 operierte Fälle reine Kastrationen, die C. jetzt nicht mehr ausführt. 15 Fälle betreffen partielle Myomoperationen, d. h. Enukleationen und Myomotomien im engeren Sinne. Alle diese sind genesen. In 9 dieser Fälle wurde entweder zur Sicherung des Operationsresultates oder infolge Erkrankung der Organe die beiderseitige Salpingo-Oophorektomie vorgenommen.

Die radikalen Operationen, die supravaginale Amputation und die abdominale Totalexstirpation, sind mit 63 Fällen vertreten, erstere 19mal mit 5, letztere 44mal mit 6 Todesfällen. Indessen zieht C. nicht mehr den früheren Schluß aus diesen Fällen, daß die Totalexstirpation die einzig berechtigte radikale Operation bei abdominalen Myomoperationen ist. Im Gegenteil kann die Totalexstirpation ihre glänzenden Resultate nur aufrecht erhalten, wenn sie nicht kritiklos und mit Zwang für alle Fälle ausgedehnt wird. Sie ist nur da am Platze, wo die Auslösung der Cervix aus dem Beckenboden durch die Konfiguration der Cervix, die Entwicklung oder den Sitz der Geschwülste, die Beweglichkeit der tieferen Bandapparate und die Elastizität des Beckenbodens die technischen Schwierigkeiten der Operation nicht zu stark steigert. Wo dies der Fall ist, ist die supravaginale Amputation nach der neuesten, der Totalexstirpation abgewonnenen Technik eine leichtere und lebenssicherere Operation.

C. beschreibt eingehend die Art der Todesfälle, wobei er ganz besonders Wert darauf legt, einerseits die Operation nicht auf Kranke auszudehnen, die in Hinsicht auf ihr Alter, ihren schlechten Kräftezustand, schwaches Herz und sonstige Komplikationen einen so schweren Eingriff nicht gewachsen sein können — andererseits aber auf die Magen- und Darmtätigkeit der Kranken nach der Operation zu achten. C. sah 3 tödlich endigende Fälle, bei welchen unter den seinerzeit von Olshausen geschilderten Symptomenkomplex, Darmparalyse, unstillbarem Erbrechen der Tod am 4.—6. Tage eintrat, ohne daß die Sektion eine Peritonitis nachweisen konnte.

Solche Fälle veranlaßten C., bei ausgebluteten Frauen nach dem Rate von Leopold mehrere Kochsalzinfusionen eine Woche vor der Operation zu machen, nach der Operation durch Anregung des Erbrechens den chloroformhaltigen Speichel aus dem Magen zu entfernen und bei am 2.—3. Tage auftretender Magenatonie Ausspülungen desselben zu machen.

Unter den 140 Operationen fand bei einer vaginalen Totalexstirpation einmal eine Verletzung der Blase statt. In allen anderen Fällen konnten jedwede Nebenverletzungen an Blase, Därmen, Ureteren vermieden werden.

Weiterhin plaidiert C. dafür, die radikalen abdominalen Operationen durch

die Enukleation und Myomotomie zu ersetzen, wo dies möglich ist, event. die Kastration zuzufügen, um die Chancen des Eingriffes zu erleichtern.

Zum Schlusse gibt C. eine eingehende Darstellung der abdominalen Operationstechnik der Myomperationen.

(Der Vortrag wird in extenso in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht.)

Die Diskussion wird vertagt.

Neueste Literatur.

3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 2.

1) Franz Oehlecker (Berlin). Drüsenuntersuchungen bei sieben Fällen von Uteruskarzinom.

Bei sieben Pat. der Berliner Frauenklinik, die an den Folgen der vaginalen Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom gestorben waren, hatte man bei der Sektion zum Zwecke der Untersuchung die Lymphdrüsen des Beckens, ebenso die lumbalen und die retroperitonealen Drüsen von den Operationsstümpfen an bis hinauf zum zweiten Lendenwirbel im Zusammenhange mit dem umgebenden Gewebe herausgenommen und gehärtet. O. zerlegte die einzelnen Drüsen zwecks Untersuchung in Serienschnitte und machte zugleich mikroskopische Präparate von den exstirpierten Uteris. Die einzelnen Fälle werden in allen Einzelheiten in der Arbeit genau mitgeteilt.

Verf. fand unter den sieben Fällen nur zweimal Drüsenmetastasen, und zwar wenig umfangreiche und bloß mikroskopisch nachweisbare. Die Kleinheit dieser Zahl ist in erster Linie darauf zurückzuführen, daß nicht alle Lymphgefäße zwischen den einzelnen Drüsen mikroskopisch untersucht wurden, und es entschieden möglich ist, daß gerade in diesen Kapillargefäßen viele Krebskeime ihren Sitz hatten. In keinem der beiden Fälle mit positivem Befunde boten die Drüsen makroskopisch Veränderungen dar, welche auf eine karzinomatöse Degeneration ihres Gewebes hätten schließen lassen können. In der Mehrzahl der übrigen fünf Fälle waren die Drüsen makroskopisch von normaler Beschaffenheit, nur in einem kleinen Teile ließ sich eine Vergrößerung der Drüsen konstatieren, die hauptsächlich auf entzündliche Hyperplasie des Drüsengewebes zu beziehen war.

Auch diese Beobachtungen zeigen von neuem, daß man nicht berechtigt ist, allein aus der Vergrößerung der Lymphdrüsen eine karzinomatöse Degeneration ihres Gewebes zu folgern und des weiteren bestimmte Vorschläge über den einzuschlagenden Operationsweg zu machen.

2) R. Olshausen (Berlin). Wider die Drainage.

O. bespricht in ausführlicher Weise unter den 1555 Laparotomien der letzten 6 Jahre 114 sehr schwierige Fälle, bei denen von ihm die Bauchhöhle nicht drainiert wurde, die aber nach Ansicht zahlreicher Operateure mit Drainage hätten behandelt werden müssen.

Diese Fälle verteilen sich in folgender Weise: 65mal erfolgte der Austritt von Eiter in die Bauchhöhle bei der Operation, davon betrafen 56 Fälle Adnexoperationen bei Pyosalpinx, oft kompliziert mit Pyovarium oder mit parametranen Abszessen. Es starben 9 an Sepsis. Zu diesen 56 Fällen kommen 8 weitere, bei denen wegen hochsitzender multipler peritonitischer Abszesse oder wegen frischer Peritonitis operiert wurde; darunter waren 5 Todesfälle.

Durch die Hochlagerung läßt sich Eiter oder sonstiger infektiöser Inhalt aus dem kleinen Becken gut entfernen, befindet er sich zwischen den Därmen, so nützt die Drainage nichts.

Zehnmal wurden nach der Operation Stücke maligner Tumoren mit Wundflächen im Abdomen zurückgelassen; nur eine Kranke ging nach 6 Wochen an Kachexie zugrunde, alle übrigen genasen glatt. Das Zurücklassen von Resten

maligner Tumoren ist ungefährlich, wird aber gefährlich, sobald man durch Drainage den Zutritt von Fäulniskeimen aus der Luft zu den Tumorresten befördert.

In 18 Fällen blieb Cysteninhalt, Blut oder dergleichen in der Bauchhöhle zurück; nur eine Kranke starb an Inanition. O. hält auch bei dieser Gruppe jede Drainage nicht nur für überflüssig, sondern für geradezu gefährlich.

Während der Operation wurde die Blase eingerissen in 3 Fällen (sämtlich genesen), der Darm in 15 Fällen (7mal Exitus), schon vor der Operation bestand eine Verbindung zwischen Tumor und Blase in 2 Fällen (Heilung) und Rektum in 3 Fällen (1 Exitus). Frische Verletzungen sind stets durch doppelte Naht zu vereinigen! Drainage ist dann überflüssig.

O. hält die Bauchhöhlendrainage nur in denjenigen Fällen für indiziert, in denen ein Eiter sezernierender Gang in der Bauchhöhle zurückbleibt, wie es z. B. häufig bei paratyphlitischen Abszessen der Fall ist.

Dem Austritte von Eiter in die Bauchhöhle ist dadurch vorzubeugen, daß man um den suspekten Tumor von allen Seiten Gazeservietten stopft, und daß man bestehende Verwachsungen sehr vorsichtig löst. Nach Exstirpation des Tumors ist für Trockenlegung des Operationsfeldes vor Bauchhöhlenschluß Sorge zu tragen.

3) M. Hofmeier (Würzburg). Über die Berechtigung der Perforation des lebenden Kindes.

Die Berechtigung der Perforation des lebenden Kindes und der Einleitung der künstlichen Frühgeburt gegenüber Kaiserschnitt und Symphyseotomie unter der Geburt ist in den letzten 10 Jahren vielfach bestritten worden.

H. hält die künstliche Frühgeburt auch heute noch für eine vollwertige Operation, falls sie nicht vor der 36. Woche vorgenommen wird, und falls die Conj. vera nicht weniger als 8 cm mißt.

Ist ein so bedeutendes Mißverhältnis zwischen Größe des kindlichen Kopfes und Beckenmaßen vorhanden, daß eine spontane Geburt ausgeschlossen erscheint, ist das Kind lebensfrisch, und sind die hygienischen Verhältnisse so günstig, daß man mit größter Wahrscheinlichkeit auf einen glücklichen Erfolg für Mutter und Kind rechnen kann, so darf der Geburtshelfer nicht nur, sondern er muß die Perforation des lebenden Kindes verweigern und die Ausführung der Sectio caesarea verlangen.

Ist das Becken nur mäßig verengt, das Kind lebensfrisch und der Kopf trotz kräftiger Wehen bei langer Geburtsdauer nicht in das Becken eingetreten, so macht H. einen vorsichtigen Zangenversuch event. in Hängelage und läßt diesem bei Erfolglosigkeit die Symphyseotomie folgen.

Andererseits wird bei mittleren Graden von Beckenverengerung, besonders bei Igebärenden Fällen, in denen zunächst die Wirkung der Wehentätigkeit abgewartet werden muß, selbst in Kliniken die Perforation des lebenden Kindes gelegentlich in Frage kommen. Noch häufiger wird diese Operation in der allgemeinen Praxis »mit Rücksicht auf die gesamte geburtshilfliche Situation« vorgenommen werden müssen, so daß auch heute noch die Perforation des lebenden Kindes gegenüber Symphyseotomie und Sectio caesarea als vollberechtigte Operation anzuerkennen ist.

4) G. Schmauch (Chicago). Spontane Blasen-Scheidenfistel nach Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom. Blasenblutungen und das Ulcus simplex vesicae perforans.

Bei einer 31jährigen, nicht tuberkulösen Pat. war wegen Portiokarzinom die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen worden. Die Konvaleszenz war gestört: es entwickelte sich eine chronische Septikämie und 17 Tage nach der Operation entleerte sich eine größere Menge Eiter durch die Scheide nach außen. Einige Wochen später floß sämtlicher Urin durch die Vagina ab, und es zeigte das Cystoskop in der Blasenschleimhaut ca. 10—12 ungefähr erbsengroße Hämorrhagien, während dicht hinter dem Trigonum zwei scharfrandige ovale, nach der Scheide perforierende Ulcera festgestellt wurden. Pat. genas von der Opera-

tion; trotz vorgenommener Fistelplastik gelang es zunächst nicht, die Fistel zum Schluß zu bringen.

Die Entstehung der Blasen-Scheidenfisteln ist als eine Folge der chronischen Septikämie zu betrachten, während zugleich die Ernährung der Scheide und der Blase durch die vaginale Totalexstirpation des Uterus gelitten hatten. Die im Blute kreisenden Bakteriengifte hatten bei der an sich geschwächten Pat. die Hämorrhagien der Blasenschleimhaut erzeugt, es hatte sich in der Blase ein allmählich wachsendes Geschwür gebildet.

Der Fall ist besonders deswegen von Bedeutung, weil er beweist, daß das Ulcus vesicae perforans als ätiologischer Faktor für die spontane Entstehung einer Blasen-Scheidenfistel zu betrachten ist.

5) Max Henkel (Berlin). Beitrag zur Lehre vom Geburtsmechanismus. (Eintritt des Kopfes in den geraden Durchmesser des Beckeneinganges.)

H. will in der vorliegenden Arbeit nicht die Ursachen der verschiedenen Drehungen des kindlichen Kopfes unter der Geburt besprechen, sondern will zeigen, daß bei stehender Blase die Einstellung des Kopfes im Beckeneingange nicht von dem allgemeinen Inhaltsdrucke oder von anderen Momenten, sondern allein von der Stellung des kindlichen Rückens abhängig ist. Als Beweis betrachtet er diejenigen Geburten, bei welchen bei im Beckeneingange stehenden Kopfe die Pfeilnaht fast oder ganz im geraden Durchmesser des Beckeneinganges verläuft.

Verf. teilt zwei von ihm beobachtete Geburten bei Mehrgebärenden mit, bei welchen der Kopf sich in dieser Weise anormal einstellte, obschon das Becken nach keiner Richtung verengt war. Im Verlaufe beider Geburten war ein Stillstand eingetreten, erst als die Schädeleinstellung durch Handgriffe verbessert war, wurde im ersten Falle die Geburt mittels Zange beendigt, und erfolgte im zweiten Falle nach zwei Stunden ein spontaner Partus.

Die Einstellung des Schädels mit der Pfeilnaht im geraden Durchmesser des Beckeneinganges muß als eine vorübergehende Phase in dem Bestreben der Natur angesehen werden, eine II. Schädellage in eine I. oder umgekehrt bei noch beweglichem Kopfe umzuwandeln und ist abhängig von einer abnorm weiten Lagerung des kindlichen Rückens nach vorn.

6) R. Olshausen (Berlin). Über Impfmetastasen und Spätrezidive nach Karzinomoperationen.

O. hat vor Kurzem ein Psammokarzinom der Bauchdecken von doppelter Kindskopfgröße bei einer Kranken exstirpiert, bei welcher 21 Jahre vorher von Schröder die Ovariotomie wegen eines wahrscheinlich malignen Eierstockstumors ausgeführt worden war.

Das wichtige der Beobachtung liegt an sich in der Entwicklung einer Impfmetastase der Bauchdecken, sodann in dem so späten Auftreten derselben nach der ersten Operation.

Verf. teilt fünf weitere Fälle mit, in denen er nach vorausgegangenem Leibschnitt wegen Eierstocksgeschwulst Tumoren in den Bauchdecken beobachtet hat: fünfmal Karzinome und einmal eine Metastase eines gutartigen glandulären Kystoms. An der Genese der Bauchdeckentumoren in diesen Fällen als Impfmetastasen kann nicht gezweifelt werden, weil die sonst vorkommenden Bauchdeckengeschwülste fast immer gutartige Fibrome sind, und weil vor allem bei diesen Pat. die Geschwülste nur einseitig von der Narbe saßen, indem das Narbengewebe der Ausdehnung der Tumoren einen Wall entgegensetzte. Diese einseitige Entwicklung der Tumoren kann nur von der Einimpfung der Geschwulstpartikelchen in die Bauchdecken der einen Seite abhängig gemacht werden.

Die Zeit, in welcher diese Bauchdeckenrezidive post operat. zur Entwicklung kamen, schwankte bei den Karzinomen zwischen 2 und 19 Jahren und betrug bei der gutartigen Geschwulst 17 Jahre.

Den Schluß der Arbeit bilden drei Fälle, in welchen nach Entfernung des

karzinomatösen Uterus oder des krebsigen Eierstockes sich erst nach 4 und 12 Jahren bezw. nach 7 Jahren Spätresidive des Karzinoms entwickelten.

7) Arthur Dienst (Breslau). Über den Bau und die Histogenese der Placentargeschwülste.

D. beschreibt zwei vorzüglich beobachtete Fälle von Placentargeschwülsten bei einer 44jährigen XVIIpara mit starker allgemeiner Arteriosklerose und bei einer 25jährigen IIpara mit unkompensierter Insuffizienz der Mitralis. Im ersten Falle handelte es sich um einen solitärn Tumor, im zweiten um vier verschiedene Geschwülste, die im mikroskopischen Bau sowohl untereinander als auch mit dem vorigen Falle übereinstimmten. Beide Kranken litten an Stauungen im Blutkreislauf, die besonders gegen Ende der Gravidität zugenommen hatten, dem entsprechend wurde beide Male eine ungewöhnlich große Fruchtwassermenge festgestellt, und wurden beide Kinder mit Stauungserscheinungen geboren, die als eine Folge der mütterlichen Circulationsstörungen zu betrachten waren.

In der Literatur finden sich 43 Fälle von Placentartumoren, so daß Verf. mit seinen beiden eigenen über 45 Beobachtungen verfügt.

Die Neubildungen bestehen mikroskopisch aus einer Deckschicht (Syncytium oder Langhans'schen Zellen) und darunter einer Bindegewebsschicht, die zentral allmählich in Schleimgewebe übergeht und durch die Anordnung in einzelne Septen und Balken die Geschwulst in eine Anzahl von Unterabteilungen zerlegt. Zwischen den einzelnen Bindegewebsbalken ist das eigentliche Geschwulstparenchym gelegen.

Wie der Vergleich mit den übrigen Fällen der Literatur zeigt, sitzen die Geschwülste mit Vorliebe nahe der fötalen Fläche des Mutterkuchens und stehen mit Chorion und dessen Blutgefäßen in ursächlichem Zusammenhange. Das Stroma der Geschwülste entspricht dem gewucherten Chorionbindegewebe, während Schleimgewebe und das eigentliche Geschwulstparenchym aus der Allantois hervorgegangen sind.

Ein Übergang von Zotten in Geschwulstgewebe konnte an keiner Stelle nachgewiesen werden; scheinbare derartige Übergänge erwiesen sich bei genauer Untersuchung als bloße Anlagerungen und sekundäre Verwachsungen von Zotten und Geschwulst.

Die Placentargeschwülste sind in der Tat zu den Geschwülsten und nicht zu den chronischen Hypertrophien zu rechnen, da sie alle Merkmale der Geschwülste besitzen, jedoch gehören sie zu den Geschwülsten im weiteren Sinne.

Die beschriebenen Placentartumoren werden von den einzelnen Autoren mit den verschiedensten Namen bezeichnet, und zwar nach D.'s Ansicht durchaus zu Unrecht, da in der Hauptsache die Geschwülste in seinen Fällen und in den publizierten Fällen einen anatomisch gleichartigen Bau aufweisen. Man soll daher alle diese Geschwülste mit demselben Namen benennen, und zwar schlägt D. für sie, weil sie von dem Bindegewebe ausgehen, im Gegensatze zu den Chorionepitheliomen den Namen Choriome vor.

Der Beginn der Geschwulstentwicklung innerhalb des Mutterkuchens ist in die Zeit »unmittelbar nach dem ersten Eintritt der Gefäße in die in Betracht kommenden Chorionzotten« zu verlegen, d. h. ungefähr in die Mitte oder das Ende der 3. Woche der Placentarperiode.

Ätiologisch ist die Geschwulstbildung auf Stauungen im Blutkreislaufe zurückzuführen.

Wird eine Trophoblastknospe mit schon vorhandenen Tochterknospen von dem Geschwulstreize getroffen, so entsteht ein vielknolliger Tumor (Fall 2), sind Nebensprossen noch nicht vorhanden, so wird ein circumscripter, rundlicher oder ovaler Tumor gebildet werden (Fall 1).

Bei längerem Bestehen der Placentargeschwülste machen sich in ihnen degenerative Prozesse geltend, in deren Gefolge an die Stelle des Geschwulstgewebes neugebildetes Bindegewebe tritt. **Scheunemann** (Stettin).

Verschiedenes.

4) **Hennig** (Leipzig). Die Myxome der Ovarien.
(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 29.)

Verf. nimmt zunächst eine Durchsicht der Begriffe Gallert, Schleim und Muzinkörper vor. Hieran schließt sich eine statistische Betrachtung der 60 vom Verf. »als erhärtete Diagnosen zusammengesuchten Beispiele«. Zum Schluß gibt Verf die Geschichte einer eigenen Beobachtung.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

5) **G. Preiser** (Breslau). Ein Beitrag zur Lehre von den Tuboovarialcysten.
Inaug.-Diss., Breslau, 1901.

Verf. bringt in der guten Arbeit eine ausführlichere Beschreibung derjenigen Morphogenese von Tuboovarialcysten, die sein Lehrer Pfannenstiel zum ersten Male 1899 hervorhob. Er kennt zwei Entstehungsweisen derselben: 1) diejenige via Hydro- oder Pyosalpinx und sekundärer Verklebung mit einer Ovarialcyste; diese Tumoren haben typische Retortengestalt; der Bauch der Retorte wird von der Ovarialcyste geliefert; hier sind die Fimbrien, soweit sie sich an der Scheidewand beteiligten, zugrunde gegangen; 2) diejenige, bei der sich die Fimbrien schön kranzförmig ausgebreitet an der Innenwand der Ovarialcyste angewachsen finden oder sogar noch frei im Innern der Ovarialcyste flottieren. Bei diesen Tumoren zeigt der der Tube zunächstliegende Abschnitt der Cyste vielfach gar kein Ovarialgewebe, ja manchmal bildet das Ovar nicht einmal einen wesentlichen Bestandteil der Cystenwand. Für diese Fälle (siehe die schönen Abbildungen des Originals) trifft Pfannenstiel's Deutung zu: Die eigentliche Cyste, an deren Innenwand die Fimbrien angewachsen sind, ist eine Pyocele peritubaria, welche sich um das infolge von Ausfließen und infektiösen Tubensekrets entstandene Exsudat als Abkapselungsmembran bildet, ähnlich der um eine Hämatokele. Dementsprechend findet sich in der Wand nie Muskelgewebe, sondern Bindegewebe von lamellösem, konzentrischem Bau mit kleinzelliger Infiltration, und außerhalb des Fimbrienbelags nach dem Cysteninnern zu nur epithelloses Granulationsgewebe. Einsenkungen »tubulöser Drüsen« mit Cylinderepithel in die Wand werden erklärt durch Verlagerung einzelner Fimbrien bei Bildung der Pyokele. Die gelegentliche Entstehung dieser Gebilde aus Hämatokelen (Waldstein) leugnet Verf. nicht, wenn auch die häufig auftretende Doppelseitigkeit und der Mangel an Blutresiduen gegen die Ableitung sprechen und sich alle Befunde ungezwungen durch die Annahme der Pyokele erklären. Als Folgezustände so entstandener Tuboovarialcysten kommen in Betracht: 1) (bei Exacerbationen des Tubenkatarrhs) der Hydrops ovarii profluens und die Hydrorrhoea ovarialis intermittens Nassauer's, 2) (durch das Fortbestehen ovulationsfähigen Eierstocksgewebes in der Cystenwand) Extra-uterin-Graviditäten, besonders solche, bei denen die Föten sich bis in spätere Monate entwickeln. 5 Fälle, die zur Illustration seiner Auffassung dienen, schildert Verf. in eingehender Weise mit Abbildungen. **Bruno Bosse** (Chemnitz).

6) **Krusen** (Philadelphia). Drillings-Extra-uterin-Schwangerschaft.
(Sonderdruck 1902.)

Es ist dies gewiß ein seltenes Ereignis. Es handelte sich um geplatzte Tubar-Gravidität der rechten Tube, der interstitielle Teil der Tube war intakt. Die im 2. Monat ihrer Entwicklung befindlichen 3 Föten befanden sich in der Bauchhöhle. Die Frau starb 3 Tage nach der Laparotomie.

G. Frickhinger (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 12. **Sonnabend, den 21. März.** **1903.**

Inhalt.

I.

(Aus dem physiolog. Institut: Vorstand Hofrat S. Exner und der Klinik Chrobak in Wien.)

Über den physiologischen Verschluſs der Nabelarterien und über das Vorkommen von Längsmuskulatur in den Arterien des weiblichen Genitales[1].

Von

Dr. Constantin J. Bucura.

Obschon es bereits in der Mitte des vorigen Jahrhunderts Virchow und Langer, später Simbert, Hyrtl und Kehrer aufgefallen war, daß sich die Nabelgefäße in ihrer feinsten Struktur von den Gefäßen des übrigen Körpers wesentlich unterscheiden, so findet sich erst in Stricker's Handbuch der Gewebelehre vom Jahre 1871 die Angabe Eberth's, daß sich innen von der starken Ringmuskulatur der Nabelarterie noch eine Lage von Längsmuskelfasern vorfindet. Strawinsky hat sich im Jahre 1874 im hiesigen physiologischen Institut mit dieser Frage näher befaßt und den

[1] Vortrag gehalten am 3. Februar 1903 in der morphol. Gesellschaft in Wien.

12

Nachweis erbracht, daß die Nabelarterie vermöge ihrer mächtigen Muskularis und eigenartiger Polster, die aus Längsmuskulatur bestehen, imstande ist, das Lumen zu verschließen. Die Befunde über die eigenartige Muskelverteilung wurden später von Haberda, v. Hofmann, Stutz und Herzog bestätigt.

Ich untersuchte vor allem Nabelschnüre des Menschen, die nach den bekannten Methoden behandelt, gefärbt und zum großen Teil in lückenlose Serien zerlegt wurden. Als sich dabei Befunde ergaben, die einer speziellen Untersuchung bedurften, nahm ich auch das Tierexperiment zu Hilfe.

Die betreffenden Ergebnisse sind im Archiv für Physiologie Bd. XCI., September 1902, niedergelegt, weshalb ich mich hier auf eine kurze Mitteilung der wichtigsten Daten beschränken kann.

Betrachtet man den Querschnitt des Nabelstranges nach der Abnabelung, so fällt die Enge des Arterienlumens auf und, wenn man genau zusieht, lassen sich Vorbuchtungen der Arterienwand erkennen, die das Lumen des Gefäßes verschließen. Beim Aufschneiden in der Richtung der Längsachse der aus dem Nabelstrang herauspräparierten Arterie sieht man die innere Fläche derselben uneben und rauh. Schon makroskopisch, noch besser mit der Lupe, erkennt man eine feine Längsriefung der Gefäßwand. Diese Riefen und Furchen, die zueinander nicht parallel verlaufen, sich vielmehr spitzwinklig durchqueren, schließen leisten- und polsterartige Vorsprünge ein, die ungleich lange rhomboedrische Figuren bilden. Diese Längsleisten beruhen nicht auf einer wirklichen Faltenbildung der Wand, sondern sind, wie die entsprechenden mikroskopischen Präparate zeigen, von längsverlaufenden Muskelfasersträngen gebildet. Die mikroskopische Untersuchung eines Querschnittes der Nabelarterie ergibt folgendes Bild: den Hauptanteil an der Bildung der Muskelschicht der Gefäßwand hat die mächtige Ringmuskulatur, zwischen deren Fasern auch vereinzelte Längsmuskelbündel eingelagert sind; innen von der Ringmuskulatur aber, gegen das Lumen der Arterie zu, sehen wir Längsmuskulatur, die fast in jedem Schnitte eine verschiedene Anordnung zeigt. Einmal ist sie mehr einseitig gruppiert, so daß die von Strawinsky beschriebenen Polster resultieren, die das Lumen bis zu einem sichelförmigen feinen Spalt verengen, das andere Mal ist sie mehr im Umkreis verteilt, tritt aber auch dann mehr gruppenweise auf, so daß das Lumen Sternfigur oder ähnliches annimmt.

Die Untersuchung verschiedener Anteile des Nabelstranges ergab, daß diese lumenverengenden resp. verschließenden Vorsprünge der Längsmuskulatur nicht nur im kindlichen Anteil der Nabelarterie anzutreffen sind, sondern im ganzen Verlauf des Nabelstranges vorkommen, sogar ganz nahe der Placenta. Ich untersuchte auch Verzweigungen des Art. umbilicalis, die auf der Oberfläche der Placenta verlaufen, und konnte auch hier dasselbe nachweisen.

Zur Untersuchung gelangten sechs in Serien zerlegte Nabel-

schnurreste teils des placentaren, teils des kindlichen Anteiles, deren nähere Beschreibung in meiner früher erwähnten Arbeit niedergelegt ist, und zehn weitere von verschiedenen lebend geborenen Kindern stammende Präparate, von denen ich nur einzelne Schnitte angefertigt hatte, deshalb in meiner Publikation nicht näher berücksichtigt wurden.

In allen diesen sechzehn Fällen waren ähnliche Bilder zu sehen: offenes Arterienlumen fand sich nur in strotzend mit Blut erfüllten ganz kurzen Strecken der Arterie, während sonst das Lumen immer durch die erwähnten Polster und Vorsprünge verengt oder verschlossen war.

Deshalb mußte der Befund, den ich im Nabelstrang tot geborener Kinder vorfand, auffallen. Ich bekam ein allerdings maceriertes Kind samt der intakten Nabelschnur und Placenta. Da ein solches komplettes Präparat nicht gar oft zur Untersuchung kommt, beschloß ich diesen Nabelstrang ganz zu verwerten und zerlegte ihn vollständig in Serienschnitten. In dieser ganzen Serie fand sich nicht ein einziger Schnitt, worin das Arterienlumen durch Vorstülpungen der Innenwand verengt oder verschlossen gewesen wäre. Das Lumen war klaffend, offen, meistenteils kreisrund oder oval; wo dies nicht der Fall, war die Gestaltsveränderung auf eine Torsion oder Kompression der Arterie zurückzuführen. Die Kerne sind in diesem Präparat, entsprechend seiner Provenienz, schlecht färbbar — immerhin läßt sich die Anordnung der Muskulatur soweit erkennen, daß sich außen eine mächtige Schicht von Ringmuskulatur vorfindet, während innen von ihr in ungleichmäßiger Anordnung und Mächtigkeit Längsmuskulatur zu sehen ist. Allerdings handelt es sich hier um eine pathologische (macerierte) Nabelschnur — für unsere Schlußfolgerungen ist aber dieser Zustand der Nabelschnur irrelevant, denn die Veränderungen betreffen die einzelnen Elemente als solche, nicht aber deren Anordnung.

Ebenso klaffend und ohne Vorsprünge fand sich das Lumen bei einem zweiten tot geborenen Kinde; von diesem Nabelstrang wurde nur ein Teil der Untersuchung unterzogen.

Dieser Unterschied im Verhalten des Lumen der Nabelarterie bei tot- und lebend geborenen Kindern mußte schon wahrscheinlich erscheinen lassen, daß diese Buckel und Polster ein funktioneller Zustand der Längsmuskulatur seien.

Da es wegen der verhältnismäßig geringen Anzahl von Fällen tot geborener Kinder nicht ganz auszuschließen gewesen wäre, daß es sich vielleicht um einen zufälligen Befund handele, ging ich zum Tierexperiment über, welches, unterstützt durch die konsekutive histologische Untersuchung der Präparate, die Annahme, es handle sich bei diesen Längsmuskelvorsprüngen um den physiologischen Verschluß der Nabelarterie, vollkommen bestätigte.

Ich entnahm dem narkotisierten Muttertier durch Aufschneiden des Uterus die Föten, durchschnitt die Nabelschnur mit einer scharfen Schere, worauf es aus der Arterie ziemlich stark blutete; reizte ich

nun durch Einlegen in Eiswasser oder durch Induktionsströme die Nabelarterie, so stand die Blutung nach kurzer Zeit vollkommen. Diese Versuche wurden öfters wiederholt und immer mit demselben Resultat. Die betreffenden Nabelstränge kamen sofort nach dem Versuch in Fixierungsflüssigkeit.

Die mikroskopische Untersuchung ergab auch vollends das erwartete Ergebnis: das Lumen der Arterien war in weiter Ausdehnung durch polsterartige Vorsprünge der Längsmuskulatur fest verschlossen. Auch war in diesen Präparaten der Verschluß ein viel festerer und ausgedehnter als beim Menschen, entsprechend der Intensität des Reizes; den während beim Menschen nur der Temperaturunterschied zwischen Mutterleib und Zimmerluft, die verschiedenen Manipulationen nach der Entbindung und die Abnabelung als Reiz gewirkt hatten, hat beim Tierversuch ein intensiver, protrahierter Reiz lokal eingewirkt.

Um die Verhältnisse bei tot geborenen Kindern nachzuahmen, habe ich entweder nur den Fötus im Mutterleibe absterben lassen oder aber ließ ich das trächtige Muttertier verenden, gab den uneröffneten Uterus in toto in Fixierungsflüssigkeit.

Bei der histologischen Untersuchung dieser Präparate fand sich nirgends, trotz lückenloser Serienschnitte, ein Vorsprung der Innenwand: das Lumen ist kreisrund, die Lichtung der Arterie ist durchwegs klaffend, mit fixiertem Blut erfüllt. Die Muskulatur ist hier so angeordnet, daß außen eine Schicht von Ringmuskulatur ist, während innen, gegen das Lumen, ungleichmäßig gruppierte Längsmuskulatur zu sehen ist, die aber keine Vortreibungen aufweist.

Aus diesen Befunden geht, glaube ich, genügend klar hervor, wie der Verschluß der Umbilikalarterie zustande kommt: im relaxiertem Zustand findet man die Muskelanordnung so, daß innen von der Ringmuskulatur Längsfaserbündel in ungleichmäßiger Anordnung verlaufen. Denkt man sich nun die Kontraktion der Ring- und Längsmuskulatur zugleich eingetreten — und dies dürfte wohl den Tatsachen entsprechen, da die Arterie auf von außen her wirkende, also zugleich Ring- und Längsmuskulatur treffende Reize reagiert —, so wird die Verkürzung und Verdickung der Ringmuskulatur schon an und für sich das Lumen verengen. Summiert sich nun auch noch die Kontraktion der innen zu liegenden Längsmuskelbündel, deren Verdickung nur auf Kosten des Lumens geschehen kann, da sie in der mächtigen Ringmuskulatur ein Widerlager hat, so ist eine maximale Verengerung resp. ein Verschluß des Lumens leicht verständlich. Ist die Längsmuskulatur in mehreren Gruppen angeordnet, so werden, bei Kontraktion derselben mehrere Vorstülpungen entstehen, ist sie dagegen in ihrer Hauptmasse nur auf eine einzige Stelle beschränkt, so wird aus ihrer Kontraktion ein einziger Vorsprung, ein polsterartiges Gebilde resultieren.

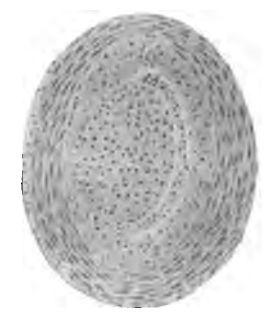
Zu denselben Resultaten, daß nämlich die die Nabelarterie verschließenden Vorstülpungen der Arterienwand nicht als solche prä-

formiert seien, sondern nur, wenn der Verschluß in Aktion tritt auftreten, kommen fast gleichzeitig und unabhängig von mir auch Henneberg und Bondi, allerdings auf ganz verschiedenem Wege.

Daß die Nabelarterie einen automatisch wirkenden Verschluß haben muß, lehrt uns die Beobachtung der Art der Abnabelung beim Tier, woselbst die Nabelschnur niemals unterbunden wird. Ein Analogon finden wir auch beim Menschen bei den sog. »Sturzgeburten« mit spontanem Abreißen der Nabelschnur. Einen entsprechenden Fall hatte ich vor kurzem in der Klinik Chrobak zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es handelte sich um eine Mehrgebärende, die in einem Hotel von der Geburt überrascht wurde; beim Austreten des Kindes riß die Nabelschnur. Den Nabelschnurrest hat die erst herbeigeholte Hebamme unterbunden. Eine wesentliche Blutung war nicht vorhanden gewesen (P.-Nr. 36/03).

Als ich mich mit diesen Untersuchungen an der Nabelarterie befaßte, war es mir wiederholt aufgefallen, daß in mikroskopischen Präparaten des weiblichen Genitales oft Bilder von Arterien zu sehen waren, die der kontrahierten Nabelarterie auffallend gleichen. Da der Befund an der Nabelarterie wohl verschieden ist von den Verhältnissen, wie wir sie sonst an den Arterien des menschlichen Körpers zu beobachten gewohnt sind, für die Funktion des weiblichen Genitales aber ein gewisser Verschluß der Arterie sehr zweckentsprechend erscheint, so verfolgte ich die gesehenen Bilder weiter, und meine diesbezüglichen Untersuchungen, die allerdings noch nicht vollendet sind, führten mich zu der Überzeugung, daß der Bau der Arterien im Uterus und seinen Adnexen tatsächlich sehr vieles gemein hat mit der eben besprochenen Nabelarterie.

Die beigegebene Figur entstammt einer Arterie des Uterus einer Frau im geschlechtsreifen Alter. Am Querschnitt des Gefäßes sehen wir eine mächtige Lage von Ringmuskulatur. Das Lumen ist durch einen Vorsprung der Wand zu einem feinen sichelförmigen Spalt verengt. Dieser Vorsprung besteht aus Längsmuskelbündeln, zwischen denen feine Lagen von Bindegewebe eingelagert sind.



Dieses Bild entspricht wohl vollkommen dem Verschluß, den wir bei der Nabelarterie kennen.

Verfolgt man diese Arterie an Serienschnitten weiter fort, so sieht man die früher in ihrer Hauptmasse einseitig angeordnete Muskulatur im weiteren Verlaufe der Arterie sich mehr im Umkreis, innen von der Ringmuskulatur, gruppenweise verteilen. Man findet endlich statt des einen Polsters zwei kleinere Vorsprünge der Längsmuskulatur etc.

Ich will von weiteren Beschreibungen von Präparaten vollständig absehen. Die Bilder, die Anordnung der Muskelfasern und die

Verhältnisse des Lumens decken sich so vollkommen mit den hier besprochenen und in meiner erwähnten Arbeit detailliert niedergelegten Verhältnisse der Arterie des Nabelstranges, daß ich das dort Erörterte auch für die Arterien des weiblichen Genitales nur wiederholen müßte. Es finden sich nämlich auch hier die beschriebenen Variationen der Form des Lumens wie dort: bald ist es nur ein Polster, das das Lumen verschließt oder nur verengt, bald sind es mehrere Vorstülpungen. An Arterien mit weitem Lumen findet sich entweder keine Längsmuskulatur innen von der Ringmuskulatur, oder aber es kommt eine solche, wie in der Mehrzahl der Fälle, vor. Dieselbe ist, soweit meine Untersuchungen reichen, fast niemals im Umkreis gleichmäßig verteilt; sie tritt vielmehr entweder nur einseitig oder zwar im Umkreis aber gruppenweise auf. Diese ungleichmäßige Anordnung der Längsmuskulatur, wodurch Polster und Vorsprünge zustande kommen können, die einen sicheren Verschluß der Arterie gewährleisten, halte ich für wichtig, da ihnen sicherlich, wie eben für die Nabelschnur experimentell erwiesen, eine physiologische Bedeutung zukommt.

Solche Verhältnisse in den Arterien fand ich in der Wand des Uteruskörpers, in der Cervix, in den Ovarien, in der Tube, im Ligamentum rotundum, in der Vagina, im Schwellgewebe, der Vulva und Clitoris.

Die entsprechenden Präparate stammten von Frauen, die im geschlechtsreifen Alter zwischen 16 und 35 Jahren standen; zwei davon hatten ein virginelles Genitale; die vier anderen Frauen waren Pluriparae. Zur Untersuchung bekam ich das Genitale in toto, so daß ich krankhafte Veränderungen an demselben a priori ausschließen konnte. Außerdem habe ich das Genitale von Föten in verschiedenen Entwicklungsstufen untersucht und von ausgetragenen Neugeborenen. In diesen infantilen und fötalen Präparaten habe ich bis jetzt immer Längsmuskulatur innen von der Ringmuskulatur vermißt, worauf ich noch zurückkommen will.

Was die Größe der Arterien anbelangt, in denen ich diese Vorsprünge der Innenwand vorfand, sei bemerkt, daß es hauptsächlich kleinere Arterien betrifft.

Die Tatsache, daß Längsmuskulatur in den Arterien des Uterus, der Cervix und der Ovarien vorkomme, ist schon längere Zeit bekannt (Westphalen, Paladino, v. Ebner). Polsterartige Gebilde, von Längsmuskulatur gebildet, beschreibt, soweit ich die Literatur übersehe, Paladino für das Ovarium, v. Ebner an den Arterien des Penis, Zuckerkandl für die Vena dorsalis penis, Benda ebenfalls für den Penis.

Analog der Nabelarterie, für welche die physiologische Bedeutung dieser Polster am leichtesten verständlich und nunmehr, wie berichtet, auch experimentell sichergestellt ist, liegt es nahe, den Anhäufungen von Längsmuskulatur in der Arterieninnenwand auch im weiblichen Genitale eine funktionelle Bedeutung zu-

zuschreiben, umsomehr, als sie beim Fötus und Neugeborenen nicht vorhanden zu sein scheinen.

Denn, trotzdem ich, wie erwähnt, mehrere Präparate vom Uterus und seinen Adnexen, weiblicher Föten und Neugeborener durchgesehen, fand ich in den Arterien niemals innen von der auch hier gut entwickelten Ringmuskulatur Längsmuskelbündel. Wenn ich auch nach meinen, allerdings nicht abgeschlossenen diesbezüglichen Untersuchungen das Vorkommen von Längsmuskulatur und Polster nicht sicher ausschließen kann, so ist es doch sicher, daß dieselben wenigstens in der früher beschriebenen Mächtigkeit und großen Anzahl doch erst im funktionierenden Genitale auftreten. Ein Analogon hätten wir in der Beobachtung Westphalen's, daß die Bindegewebslage in der Intima der A. uterina und ovarica erst im extrauterinen Leben zur Entwicklung kommt, und zwar ca. zwischen dem 8. und 10. Lebensjahre. Erst vom 16. Jahre an soll sich eine mächtige Bindegewebslage vorfinden.

Für das Schwellgewebe im weiblichen Genitale, in denen die Blutfülle ebenso wie beim Corpus cavernosum des Mannes eine so große Rolle spielt, läßt sich die physiologische Bedeutung dieser Polster mit den Schwankungen des Blutgehaltes in Zusammenhang bringen.

Auch liegt es nahe, den periodischen Vorgang der Follikelreifung und der menstruellen Blutung in Zusammenhang zu bringen mit diesem Arterienverschlußapparat, da ich diese Polster auch bei ganz jungen Virgines nachweisen konnte, sie demnach nicht vielleicht als ein Rest der Schwangerschaftshyperplasie der Gewebselemente angesehen werden können.

Auffällig zahlreich vorhanden und sehr stark entwickelt fanden sich diese Längsmuskulaturanhäufungen in myomatösen Uteris und im Myomgewebe selbst.

Außerdem fand ich, schon ohne spezifische Färbung, Bilder, die eine bindegewebige Degeneration dieser Polster zeigten. Mit der Färbung nach van Gieson konnte ich dann sichere Übergänge finden von normalen, d. h. nur aus Längsmuskulatur bestehenden Polstern zu solchen, die zum größten Teil schon aus Bindegewebe bestanden, immerhin aber noch deutlich einige muskulöse Elemente zeigten — bis zu so stark degenerierten Polstern, daß sie nicht nur keine Muskelfasern mehr enthielten, sondern auch nur ganz vereinzelte Bindegewebszellkerne aufwiesen und sich vollständig rot färbten. Auch bei den stark degenerierten Polstern war die Ringmuskulatur intakt und nicht bindegewebig verändert, erschien demgemäß im Bilde gelb.

In welchem Zusammenhang letztere sicher pathologische Befunde mit eventuellen krankhaften Veränderungen oder funktionellen Störungen des weiblichen Genitales stehen, läßt sich einstweilen nichts Bestimmtes sagen, vielleicht werden weitere Untersuchungen auch darüber Aufschluß bringen.

II.

(Aus der Bonner Frauenklinik.)

Gleichzeitige extra-uterine und intra-uterine Schwangerschaft.

Von

Dr. Karl Reifferscheid,

Assistent der Klinik.

Ein gleichzeitiges Bestehen einer extra- und intra-uterinen Gravidität in dem Sinne, daß intra- und extra-uterine Schwängerung zu gleicher Zeit eingetreten ist, oder wenigstens intra- und extra-uterine Frucht eine zeitlang nebeneinander am Leben waren, ist selten. Bei einer mit ausgezeichnetem Fleiß unternommenen Durchsicht der gesamten Literatur ist es Hanna Christer Nilsson[1] gelungen, 68 derartige Fälle zusammenzustellen, deren erster aus dem Jahre 1761 stammt.

Ich möchte im folgenden über einen weiteren Fall berichten, der in jüngster Zeit in der Bonner Frauenklinik zur Beobachtung und Behandlung kam.

1902/03. J.-Nr. 374. Frau J., 26 Jahre alt, wurde am 4. November 1902 wegen heftiger Schmerzen im Leibe aufgenommen Sie ist aus gesunder Familie, hatte als Mädchen mit 17 Jahren Bleichsucht. Seit März 1900 ist sie verheiratet und hat am 26. Dezember 1900 spontan ein ausgetragenes Kind geboren. Das Wochenbett verlief ohne Störung. Anfang August 1902 erkrankte sie mit Gelenkrheumatismus und wurde deshalb bis zum 4. September in der medizinischen Klinik behandelt. Befallen waren hauptsächlich das rechte Knie- und das linke Fußgelenk. Keine Anzeichen für das Bestandenhaben einer gonorrhoischen Erkrankung. Die Menstruation trat zum ersten Mal mit ca. 18 Jahren ein, war regelmäßig, ohne Beschwerden, Blutung mäßig, 3—4 Tage dauernd. Die letzte Blutung trat ein vom 12.—15. August 1902, war deutlich schwächer als gewöhnlich und setzte am 13. August für einen Tag aus. Pat. glaubt sich seit dieser Zeit schwanger.

Sie hatte seit dieser Zeit öfters ein unbehagliches Gefühl in der linken Seite des Unterleibes. In den letzten 3 Wochen traten an dieser Stelle öfters krampfartige Schmerzen auf. Am 30. Oktober wurde Pat. bei einem Spaziergang plötzlich von Übelkeit und heftigen Krampfschmerzen im Leibe befallen, konnte nur noch mühsam nach Hause gelangen und wurde dann ohnmächtig. Seitdem blieb sie zu Bett; die Schmerzen verloren sich nie ganz, verringerten sich aber unter Behandlung mit feuchten Umschlägen. Am 1. November und in der Nacht vom 3. zum 4. November wiederholte sich der heftige Schmerzanfall, ohne daß jedoch Ohnmacht eintrat. Eine Blutung aus der Scheide bestand niemals. Beim Wasserlassen und Stuhlgang keine Beschwerden.

Der Aufnahmebefund war folgender:

Mäßig große, kräftige, gut genährte Pat., keine Anzeichen von Anämie. Puls ruhig, regelmäßig, voll, 90; Temperatur 37,0°. Lungen- und Herzbefund ohne Besonderheiten. Aus beiden Brüsten Kolostrum leicht auszudrücken. Ab-

[1] Hanna Christer Nilsson, Über gleichzeitige extra-uterine und intrauterine Schwangerschaft. Mitteilungen aus der gynäkologischen Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. Bd. IV. Hft. 1. (Berlin, S. Karger, 1901.)

domen etwas gespannt und aufgetrieben, links oberhalb des Poupart'schen Bandes ausgesprochene Schmerzhaftigkeit auf Druck, ebenda gedämpfter Klopfschall. Sonst überall tympanitischer Schall. Leber und Milz nicht vergrößert.

Introitus vaginae leicht bläulich verfärbt. Bei der vorsichtig ausgeführten kombinierten Untersuchung findet man den Uterus von der Größe eines am Ende des 3. Monats graviden, anteflektiert; links neben demselben einen ca. klein-faustgroßen Tumor, dessen Grenzen und Verhalten zum Uterus sich nicht genau bestimmen lassen wegen der in der ganzen Gegend bestehenden Schmerzhaftigkeit. Der Douglas'sche Raum ist frei.

Die Diagnose wurde auf eine linksseitige extra-uterine Gravidität gestellt. Gleichzeitig wurde im Hinblick auf die Größe des Uterus und das Fehlen jeglicher Blutungen vermutungsweise eine intra-uterine Gravidität angenommen.

Nach genügender Vorbereitung der Pat. wird am 6. November 1902 zur Laparotomie geschritten. Nach Einleitung der Chloroformnarkose nochmals genaue Untersuchung, die ergibt, daß es sich wahrscheinlich um einen am Ende des 3. Monats graviden Uterus handelt. Sehr deutliches Hegar'sches Zeichen. Links neben dem Uterus gänseeigroßer weicher Tumor, dessen Grenzen auch jetzt noch nicht genauer zu bestimmen sind. Beckenhochlagerung.

Medianschnitt zwischen Nabel und Symphyse 12 cm lang. Därme mäßig stark gebläht. Der Beckeneingang ist bedeckt von dem Netz, das links adhärent ist. Es läßt sich leicht stumpf ablösen. Darunter kommen große Blutgerinnsel zum Vorschein, die den Därmen und der linken stark verdickten, dunkel blauroten Tube lose anhaften. Im Becken liegt, den Beckeneingang eben etwas überragend, der große weiche, blaurot aussehende Uterus, von der Größe eines am Ende des 3. Monats graviden. Die linke Tube wird samt dem linken Ovarium mit vier Knopfnähten abgebunden unter sorgsamster Schonung des Uterus. Bei der Entfernung des Blutgerinnsel findet sich ein gut walnußgroßes, rundliches, auffallend festes Blutgerinnsel lose auf dem Colon descendens festhaftend. Es imponiert als das aus der Tube ausgetretene Ei und wird leicht abgelöst und entfernt. Der adhärent gewesene Teil des Netzes wird nach Abbindung in drei Partien mit Katgut resesiert. Die Blutung steht. Schluß der Bauchwunde. Peritoneum mit Katgut fortlaufend. Vier Silkwormknopfnähte durch Haut, Fascie und Muskulatur. Fortlaufende Katgutnaht der Fascie. Silkwormknopfnähte der äußeren Haut. Vioform. Zinkleimverband. Heftpflasterstreifen.

Dauer der Operation 20 Minuten. Chloroformverbrauch 30 ccm. Idealer Heilungsverlauf. Höchste Temperatur 37,5°. Am 12. Tage Entfernung der Fäden. Wunde strichförmig geheilt.

In der Konvaleszenz niemals wehenartige Schmerzen oder Blutabgang. Am 14. Tage p. o. steht die Pat. auf und verläßt am 21. Tage geheilt ohne jegliche Beschwerden die Klinik. Bei der Entlassung steht der Fundus uteri vier querfingerbreit über der Symphyse, der linke Adnexstumpf ist nicht zu fühlen, die Parametrien und der Douglas sind frei.

Die exstirpierte Tube ist ca. 7 cm lang und hat einen leicht gebogenen Verlauf. Die Tube zeigt in den letzten zwei Dritteln nach dem abdominalen Ende zu, ebenso wie die Mesosalpinx und die vordere Wand des Ligamentum latum zahlreiche bis zu 1 cm dicke Auflagerungen von Blut, aus denen das Fimbrienende deutlich hervorragt. Am uterinen Ende zeigt die Tube normale Dicke, erweitert sich jedoch sehr bald und erreicht schon ungefähr $2\frac{1}{2}$ cm hinter dem uterinen Ende ihren stärksten Durchmesser mit ungefähr $1\frac{3}{4}$ cm. Auf dem Durchschnitt an dieser Stelle quillt die stark hypertrophische und gewulstete Schleimhaut stark über die Schnittfläche hervor und zeigt in ihrer Mitte einen deutlich mit der Tubeninnenwand verbackenen Blutpfropf. Nach dem abdominellen Ende hin nimmt die Dicke der Tube nicht deutlich ab. Das Ostium abdominale der Tube ist erweitert, so daß an der Spitze des Infundibulumtrichters die Öffnung noch deutlich $1\frac{1}{2}$ mm Lichtung hat. Auch auf der Hinterfläche des Lig. latum, sowie am Ovarium befinden sich Blutauflagerungen, die den breiten Rand des Ovariums mit dem Lig. latum verbacken haben.

Das Ovarium hat eine Länge von $3^1/_2$ cm, eine Breite von $2^1/_2$ cm und eine Dicke von $1^1/_2$ cm. Auf dem Durchschnitt zeigt sich ein frisches Corpus luteum von $1^1/_2$ cm Länge und 0,9 cm Breite, das in der Mitte noch einen deutlich erkennbaren Blutkern birgt.

Jener bei der Operation als das ausgestoßene Ei imponierende Körper ist gut walnußgroß, von ovoider Gestalt, zu $^2/_3$ seiner Oberfläche nach dem breiteren Ende hin von glatter Beschaffenheit, an seinem schmaleren Ende von zottigem, zerklüftetem Aussehen und mit Blutauflagerungen bedeckt. Ein durch die Mitte des Körpers geführter Schnitt zeigt nun, daß es sich wirklich um das blutmolenartig degenerierte Ei handelt. Man sieht nämlich im Zentrum eine deutliche Eihöhle, die ungefähr einen Durchmesser von 1 cm besitzt und deren Wände überall die Auskleidung mit Amnion erkennen läßt. Ausgefüllt ist diese Höhle durch einen Bluterguß, der auf einer Seite mit einer Basis von ca. $^1/_3$ der Peripherie aufsitzend, das Amnion buckelförmig in die freie Höhle hinein vorgetrieben und so die eigentliche Eihöhle so verkleinert und deformiert hat, daß von ihr nur noch ein sichelförmiger schmaler Spalt übrig geblieben ist, in dem der auf diese Weise breitgedrückte, aber als solcher deutlich erkennbare, kaum 1 cm lange Embryo liegt. Die übrige Wand ist mit zahlreichen Blutungen durchsetzt und zeigt deutlich das Aussehen einer Blutmole.

Die Größe des Embryos deutet darauf hin, daß die tubare Gravidität bis zum Ende des 1. Monats der Schwangerschaft vorgeschritten ist. Daß die tubare Gravidität erst nach Eintritt der intra-uterinen entstanden ist, halte ich für ausgeschlossen. Ich glaube vielmehr, daß ungefähr gleichzeitig zwei Eier befruchtet wurden, von denen das eine noch in den Uterus gelangte und sich dort einnistete, während das zweite, später kommende in der Tube stecken blieb, wie das Fritsch[2] für das Entstehen der gleichzeitigen intra- und extra-uterinen Gravidität annimmt. Es trat dann frühzeitig am Ende des 1. Monats der intratubare Fruchttod ein, das Ei blieb zunächst unverändert in der Tube liegen, bis gegen Ende des 2. Monats die Tube sich ihres Inhalts durch Kontraktionen zu entledigen suchte. Um diese Zeit traten die auf diese Kontraktionen zu beziehenden starken krampfartigen Schmerzen bei unserer Pat. ein, die 3 Wochen anhielten. Schließlich kam es zur Ausstoßung des Eies aus der Tube und Blutungen am Ende des 3. Monats der Gravidität, zu der Zeit jener von der Pat. angegebenen sehr heftigen Anfälle (vom 30. Oktober bis 4. November).

Es handelt sich also, kurz zusammengefaßt, um eine kräftige gesunde Frau, die einmal normal entbunden hat und jetzt seit ca. 3 Monaten sich schwanger glaubt. Nachdem anfangs alles normal verlaufen war, traten 8 Wochen nach der letzten Regel Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes auf, die von da ab bestehen blieben; 3 Wochen später heftiger Anfall von Schmerzen und Ohnmacht, der sich noch zweimal in kurzen Zwischenräumen von 2 bis 3 Tagen wiederholt und die Frau veranlaßt, sich in klinische Behandlung zu geben. Es findet sich links neben dem dem 3. Monat der Schwangerschaft entsprechend vergrößerten Uterus ein nicht genau abzugrenzender kleinfaustgroßer, sehr schmerzhafter Tumor. Aus der Anamnese und dem Befunde wird die Diagnose mit größter Wahrscheinlichkeit auf eine linksseitige extra-uterine Gravidität gestellt; die Möglichkeit einer gleichzeitigen intra-uterinen Gravidität wird ins Auge gefaßt. Die bald ausgeführte Laparotomie ergibt einen

---

[2] Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. Braunschweig, Friedr. Wreden, 1900. p. 480.

linksseitigen tubaren Abort und läßt die Diagnose einer intra-uterinen Gravidität sehr wahrscheinlich erscheinen. Das nach der Operation der Schwangerschaftszeit entsprechend fortschreitende Wachstum des Uterus bringt die Gewißheit, daß es sich um eine gleichzeitige intra- und extra-uterine Schwangerschaft gehandelt hat.

Dem unsrigen analoge Fälle finden sich in der Literatur nur drei, es sind das die von v. Ott[3], Hermes[4] und Mond[5] beschriebenen, wo ebenfalls nach Entfernung der extra-uterinen Gravidität per laparotomiam die intra-uterine einen ungestörten Fortgang nahm.

Die Diagnose der intra-uterinen Gravidität wurde in diesen Fällen, ebenso wie in anderen, die in dieser frühen Zeit der Schwangerschaft zur Beobachtung kommen, nicht gestellt. Nur in einem Falle von Straus[6] wurde die Diagnose in der 12. Schwangerschaftswoche vor der Operation mit großer Wahrscheinlichkeit, während derselben mit Sicherheit gestellt. Ebenso in dem vorliegenden Falle mit der größten Wahrscheinlichkeit. Ob eine absolute Sicherheit der Diagnose zu so früher Zeit überhaupt möglich ist, muß bezweifelt werden, da durch die bei der extra-uterinen Schwangerschaft eintretende Hypertrophie der Uterus eine dem 4. Schwangerschaftsmonate entsprechende Größe erreichen kann (Olshausen und Veit[7]). Jedenfalls aber sollte in jedem Falle, wo der Uterus sich so stark vergrößert erweist, die Möglichkeit einer intra-uterinen Gravidität in Betracht gezogen werden und deshalb immer von einer Sondierung Abstand genommen werden, die in mehreren der bekannt gewordenen Fällen erst den Abort der intra-uterinen Frucht verschuldet hat.

Die Therapie wird auch bei gleichzeitiger extra- und intra-uteriner Gravidität eben so wie bei der einfachen Extra-uterin-Gravidität in der Entfernung der ektopischen Schwangerschaft per laparotomiam zu bestehen haben. Man wird dabei natürlich auf eine möglichste Schonung des graviden Uterus zu achten haben. Daß die Erfolge auch im Hinblick auf den weiteren Verlauf der intra-uterinen Gravidität gute sind, beweisen die oben citierten Fälle und der hier mitgeteilte.

Anmerkung bei der Korrektur: Die Schwangerschaft hat laut brieflicher Mitteilung der Pat. weiterhin einen ungestörten Fortgang genommen.

---

3 Citiert nach Christer Nilsson.

4 Hermes, Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intra-uterin-Gravidität. Deutsche med. Wochenschrift 1900. Nr. 10.

5 Mond, Über einen Fall von gleichzeitiger Intra- und Extra-uterin-Gravidität. Münchener med. Wochenschrift 1899. Nr. 37.

6 Straus, Tubargravidität bei gleichzeitiger Intra-uterin-Schwangerschaft. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1901. XLIV.

7 Olshausen-Veit, Lehrbuch für Geburtshilfe. Bonn 1902. p. 353.

*

III.

Ein Fall von traumatischem, nicht durch Coitus entstandenem Vestibularriß der Vagina.

Von

Dr. **Nicolaus Ostermayer** in Budapest.

Außer den durch das Deflorationstrauma entstandenen Verletzungen der den Scheideneingang umgebenden Gebilde kommen solche durch anderweitige Ursachen bedingt außerordentlich selten vor, warum ich den von mir beobachteten Fall für mitteilungswert halte.

In der Nacht vom 22.—23. Juni 1902 wurde ich in das Pensionat einer hiesigen Lehrerinnenschule schleunigst geholt. Die Vorsteherin führt mich in das Krankenzimmer und gibt an, daß eine Schülerin von einem Sessel, auf welchem sie stand, so ungünstig fiel, nachdem ein Sesselbein gebrochen war, daß sie auf die Lehne (Thonet'scher Sessel aus gebogenem Holze) rittlings auffiel und seitdem aus den Schamteilen stark blute. Es war $^1/_4$12 Uhr als ich kam; der Unfall soll um $^3/_4$10 Uhr passiert sein. Drei Hemden waren angeblich durchgeblutet; die Kranke lag im Bette.

K. H., 18 Jahre alt, mittelgroß, äußert keinen Schmerz. Hemd mit Blut stark besudelt. Genitale normal, nur fließt Blut über den Damm nach abwärts; nach Auseinanderdrängen der unversehrten großen und kleinen Schamlippen liegt ein jungfräuliches Genitale vor mit einer Verletzung des Vestibulum, welche aus einem Risse besteht, der die Clitoris der Länge nach halbiert, das Frenulum durchtrennend, rechts 2—3 mm entfernt von der Urethralmündung, parallel mit dem Ansatz der rechten kleinen Schamlefze, schräg nach unten außen verläuft und rechts 5 mm entfernt von der sichelförmigen intakten Hymenalöffnung, etwas unter ihr endet. Die Kontinuitätstrennung ist geradlinig, scharfrandig, als wäre sie mittels eines schneidenden Instrumentes hervorgebracht, weder Suffusion noch Schwellung in der Umgebung; sie trennt Haut, subkutanes Zellgewebe und Schwellkörper (Corp. cavern. clitoridis, Bulbus vestibuli und Corp. cavern. urethrae) und bildet hierdurch eine Wundhöhle, in welche ich ganz bequem das Endglied meines Daumens hineinlegen konnte; den Boden der Wundhöhle bildet die vordere Fläche des symphysären Endes des rechten horizontalen Schambeinastes. Schräg von oben mitten nach unten außen verläuft durch die Wundhöhle der Musc. bulbo- und ischiocavernosus als ein über centimeterbreites, flaches Band nebst einigen Bindegewebssträngen; bei Berührung kontrahiert sich lebhaft das Muskelbündel. Die Länge der Wunde beträgt etwa 6 cm. Aus der medialen Wundlefze quoll das dunkle, venöse Blut, wie aus einem Schwamme.

Es wurde die Naht in Form von acht Katgutknopfnähten ausgeführt, wonach die Blutung vollends stand. Jodoformgaze-Wattebausch mittels T-Binde befestigt. Zwei Stunden später Katheterisation. Reaktionslose Heilung. Xeroform aufgestreut. Menstruation, die den Heilungsprozeß nicht störte. Am 11. Tage p. op. geheilt entlassen.

Wie Pat. gefallen war, blieb unklar. Das Mädchen äußerte keine ganz sichere Angabe, indem sie angab, daß sie in dem Moment,

als sie durch Ausbrechen des Sesselbeines plötzlich samt dem Sessel zur Erde fiel, gar keinen Schmerz fühlte, daher auch nicht wußte, daß sie sich verletzt hatte; dies wurde erst klar, als das Blut bemerkt wurde.

IV.

Ein höchst einfacher Perforator.

Von

Dr. **Joseph Kadyi,**

Sekundärarzt des allgemeinen Krankenhauses in Jasło.

Den Instrumenten, welche uns behufs Perforation des kindlichen Schädels zur Verfügung stehen, haften mancherlei Fehler an, welche besonders bei der Landpraxis sich geltend machen, wo keine geschulte Assistenz vorhanden ist.

Die trepanförmigen Perforatoren sind komplizierte Instrumente, welche sehr schwer zu reinigen sind, und welche in einem aseptischen Zustande kaum erhalten werden können. Die scherenförmigen Instrumente, da sie ein Schloß etc. besitzen müssen, stellen auch kein Ideal mit Rücksicht auf die Anforderungen der Aseptik dar.

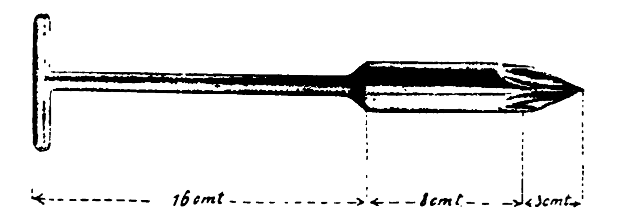
Bei Anwendung eines Trepans werden zur Fixierung des Instrumentes und zur Kontrollierung der aufgesetzten Trepankrone beide Hände des Operateurs in Anspruch genommen; folglich ist ein Assistent erforderlich, welcher die Kurbel dreht und auch noch den Kindskopf durch die Bauchdecken hindurch fixiert. Es ist oft sehr schwer, in der Landpraxis zur Verfügung stehende Personen für diese Verrichtungen entsprechend zu instruieren, besonders, da sogar zwei geübteste Operateure nicht so präzis koordinierte Aktion mit einem Instrumente ausüben können, als es der Fall wäre, wenn zu dieser Aktion die Hände eines einzigen ausreichen sollten.

Bedient man sich eines scherenförmigen Perforators, so ist es nicht immer leicht, eine bequem sich stellende, membranöse Stelle des Kindskopfes aufzufinden, was wohlbekannte ungünstige Folgen hat. Das Einstoßen des Instrumentes und das folgende Auseinanderreißen beider Hälften sind brutale und unberechenbare Verrichtungen, welche ein Operateur gewiß nur mit Widerwillen anwendet. Die Assistenz, mit allen früher schon besprochenen Nachteilen ist auch hier nötig.

Um diese Übelstände zu vermeiden, habe ich mir ein höchst einfaches, trokarähnliches Instrument machen lassen, welches ich nach meinen Erfahrungen aufs wärmste empfehlen kann[1]. Mein umstehend abgebildeter Perforator besteht aus einem einzigen Stück, ist 27 cm lang und hat a. einen dünnen, 16 cm langen Stiel mit

[1] Diesen Perforator habe ich im »Przegląd lekarski« Nr. 7, Krakau 1900. beschrieben und auch in der gynäkologischen Sektion der IX. Versammlung polnischer Ärzte und Naturforscher in Krakau (Juli 1900) demonstriert.

einem queren Handgriff, b. einen 8 cm langen, cylindrischen Teil von 2 cm Durchmesser und c. eine dreikantige, 3 cm lange Spitze mit hohlgeschliffenen Flächen.



Die Anwendung des Instrumentes ist einleuchtend. Es wird unter Schutz der linken Hand in den Geburtskanal eingeführt, woselbst die linke Hand behufs Kontrolle verbleibt und die Spitze des Instrumentes sich gegen den vorangehenden Kopfteil kehrt und die mütterlichen Weichteile nicht verwunden läßt. Hat die Spitze den Kindskopf erreicht, dann beginnt die rechte Hand das Instrument um seine Längsachse alternierend nach rechts und links zu drehen, und gleichzeitig wird das Instrument ganz sanft vorgeschoben bis das Bohrloch fertig ist, was sehr leicht, schnell und ohne Kraftaufwand geschieht. Deshalb ist ein Assistent zum etwaigen Festhalten des Kopfes oder zum Ausüben des Gegendruckes nicht mehr nötig. Das auf diese Weise erhaltene Bohrloch ist im Durchmesser 2 cm breit und also zum Einführen des Löffels eines Kranioklasten vollkommen ausreichend. Ausdrücklich sei noch hervorgehoben, daß das Instrument keinesfalls ruckweise eingestoßen werden darf, sondern daß es in Drehbewegungen langsam und sanft eingebohrt werden muß. Selbst bei noch nicht fest eingestelltem Kopf ist eine besondere Fixierung desselben nicht nötig, da beim Bohren mit diesem Perforator der Widerstand ein höchst geringer ist, mithin auch nur ein minimaler Druck in Anwendung kommt. Man kann übrigens einen Finger der linken Hand am Kieferrande oder am Orbitalrande einhaken und auf diese Weise den Kopf ganz hinreichend fixieren. Einen nach Dekapitation zurückgebliebenen Kopf ist es ungemein leicht, mit meinem Perforator zu enthirnen.

Die Vorzüge des soeben beschriebenen Perforators sind folgende:

1) Als ein einfaches, blank geschliffenes Stück Metall stellt es ein Ideal für Sterilisierung dar.

2) Der Geburtshelfer braucht keine Assistenz — denn mittels dieses Perforators bohrt er ganz auf sich allein verlassend und mit größter Leichtigkeit ein Loch in den Kindskopf. Dies ist ein Umstand, welcher in der Landpraxis nicht hoch genug zu schätzen ist.

3) Es ist gleichgültig, welcher Kopfteil vorangeht. Das Instrument wird mit derselben Leichtigkeit in die Schädelwölbung wie auch in die Schädelbasis oder auch ins Gesicht eingebohrt. In Querlagen zertrennt das Instrument zufriedenstellend die Wirbelsäule.

4) Da das Einbohren ungemein leicht und schnell gelingt, so kann der Kindskopf nötigenfalls vielfach durchlöchert und dann förmlich stückweise herausgeholt werden. Diese Vorzüge, welche mein höchst einfacher Perforator anderen derartigen Instrumenten gegenüber bietet, erlauben mir zu hoffen, daß derselbe von Seiten der Geburtshelfer Beifall finden wird.

Dieser Perforator wird nach meinen Anweisungen von der Firma Evens & Pistor in Kassel, London und Paris angefertigt, sowie von Dr. Block & Co. in Bodenbach und Budapest. Das Verfertigen dieses Perforators steht aber einem jeden Fabrikanten frei.

Neue Bücher.

1) **Koblanck** (Berlin). Die Chloroform- und Äthernarkose in der Praxis.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1902.

Das von v. Bergmann influenzierte und Olshausen gewidmete, 42 Druckseiten umfassende Büchlein ist so fließend und der Stoff so erschöpfend geschrieben, daß die Lektüre desselben einerseits dem im Narkotisieren Erfahrenen ein Vergnügen bereitet und andererseits dem Anfänger nicht dringend genug ans Herz gelegt werden kann. Die Arbeit zerfällt in 6 Abschnitte: 1) Chemisches Verhalten und physiologische Wirkung, 2) Verlauf der Inhalationsnarkose, 3) Indikationen und Kontraindikationen, 4) Vorbereitungen, 5) Allgemeine Technik, 6) Spezielle Technik, nebst einem Anhang. Da es sich ja nicht um eine Terra incognita handelt, so seien nur bestimmte Punkte hervorgehoben:

p. 6 plaidiert K. für Abschaffung des Wortes »Asphyxie«, das einmal schlecht gebildet ist und ferner vier ganz verschiedene Zustände bezeichnet: Erstickung durch Verlegung der Luftwege, Überladung des Körpers mit dem Narkotikum, Ohnmacht, Chok. Als erstes Zeichen der bei übermäßiger Intoxikation eintretenden Lebensgefahr sieht K., und wie Ref. glaubt mit Recht, die athetotischen Fingerbewegungen an. Er warnt indirekt vor plötzlicher Aufrichtung des Oberkörpers der Narkotisierten sowie vor zu gut gemeinter Bauchdeckendesinfektion, wodurch Ohnmacht bezw. Chok ausgelöst werden, desgleichen vor mehreren kurzen, sich in wenig Tagen wiederholenden Betäubungen und dem zu schnellen Ausgleich eingetretener Störungen (Erwachen, Erbrechen), durch reichlichere Zufuhr des Anästhetikums. Auf p. 33 wird aber ausdrücklich die schnelle Vertiefung der Narkose gestattet, so bald die ersten Würgbewegungen auftreten. Erbricht der Kranke trotzdem, so ist die Maske sofort zu entfernen usw. Ref. hält gleichfalls im Interesse der Operation ein gelegentliches »Gießen« zur Unterdrückung des Brechaktes für notwendig, nur muß in solchen Fällen der Narkoti-

seur längere Zeit scharf achtgeben, daß keine Kumulationswirkung auftritt.

Im Hinblick auf die juristische Seite der Sache sind einige von K. nahestehenden Rechtsgelehrten gemachte Angaben von Wert, insbesondere die, daß zur Einleitung der Narkose die Einwilligung des Pat. erforderlich ist. Diese kann auch stillschweigend erklärt werden, wenn der seiner Sinne völlig mächtige Pat. die Vorbereitungen zu seiner Betäubung sieht, als solche erkennt und keinen Widerspruch bei Vornahme der Anästhesierung erhebt. Bei ausdrücklicher Weigerung des zurechnungsfähigen Kranken darf jedoch die Betäubung unter keinen Umständen ausgeführt werden, selbst dann nicht, wenn der Arzt sie zur Abwendung einer Lebensgefahr für notwendig hält. Der Arzt würde sich eines unerlaubten Eingriffes in die persönliche Freiheit des Pat schuldig machen. Dagegen darf er in eiligen Fällen von der Hinzuziehung eines zweiten Arztes ungestraft absehen.

In Bezug auf das zu wählende Verfahren steht K. auf dem Standpunkt, daß dasjenige in Betracht kommt, mit welchem die betreffende Operation glatt und schnell unter der geringsten Schädigung des Kranken ausgeführt werden kann. Die Unterdrückung der seelischen Erregung, wie sie bei der Schleich'schen Anästhesie nicht statthat, ist ihm auch etwas wert. Narkosen zu Untersuchungszwecken erscheinen dem Verf. sicher gefahrloser als Probelaparotomien. Die Schmerzlinderung in der Geburtshilfe mittels Chloroform wird wegen des labilen Gleichgewichts der mütterlichen Nieren und des Übergangs auf den Fötus nur refracta dosi gestattet; bei Eklampsie ist Chloroform zu meiden.

Als Kontraindikationen gegen die Anwendung von Inhalationsanästhetika überhaupt kommen in Betracht: tiefliegende Struma, Diabetes, Gicht, Fettsucht, schwere Anämie, Leukämie, Status thymicus seu lymphaticus jugendlicher Personen; gegen die des Chloroforms Myokarditis, Perikarditis, inkompensierte Herzklappenfehler, ausgeprägte Leber- und Nierenaffektionen, Arteriosklerose wegen der meist begleitenden Myokarditis. Zur Entspannung der Bauchdecken, bei länger dauernden Operationen, bei Beckenhochlagerung ist Chloroform vorzuziehen. Im Gegensatz zu den Pharmakologen wechselt K. gegebenfalls zwischen Äther und Chloroform bezw. umgekehrt.

Unter den Vorbereitungen zur Narkose verlangt K. an erster Stelle die Untersuchung von Circulations-, Respirations-, Nervensystem und Harn! Cocainisierung der Wände des unteren Nasenganges hält er im Interesse eines ruhigen Verlaufs der Einschläferung für nicht zwecklos. Dankenswert empfindet Ref. die Erwähnung einer wichtigen Regel: Die Ruhe des Narkosenzimmers soll auch durch die umgebenden Personen nicht gestört werden. Ebenso wichtig ist die Vorbereitung des Leiters der Narkose selbst. K. sagt an dieser Stelle (p. 21): Es darf ihm nicht langweilig und geisttötend erscheinen, die geringen Lebensäußerungen des Betäubten gleichmäßig und un-

verwandt zu beobachten; er darf sich nicht zerstreuen lassen und wißbegierig den schnell wechselnden Phasen der interessanten Operation zusehen.

Als Chloroformmaske wird die modifizierte Schimmelbusch-sche empfohlen, als Äthermaske die Wanscher-Goßmann'sche, nicht die Julliard'sche, die mit der erstickenden Methode zusammen verworfen sind. Übereinstimmen muß Ref. mit Verf. darin, daß Zungenzange und Mundsperrer nur im Notfalle und für kurze Zeit zu gebrauchen sind; er kann sich ihm aber nicht anschließen in der Verurteilung der scharfen Zungenzangen. In der Königsberger Klinik, an der Ref. seine Ausbildung genoß, hat sich jedenfalls, besonders bei Laparotomien, die Richter'sche scharfe, nach dem Prinzip der Muzeux' gebaute, aber winklig abgebogene, bequem haltbare Zungenzange vorzüglich bewährt bis auf gelegentliche unbedeutende Blutungeu, die eintreten, wenn — was sich vermeiden läßt — zufällig der Endast der V. ranina gefaßt war.

In der allgemeinen Technik der Betäubung verwirft Verf. mit Recht die sitzende Stellung des Narkotisierten, die Zählmethode, die sein Denken anstrengt, den Beginn mit Manipulationen am Kranken vor vollständiger Narkose (abgesehen von Sudeck's Operationen »im ersten Rausch«). Er empfiehlt bei »asphyktischen« Zuständen mit Bergmann und Zweifel das direkte Vorziehen des Kehldeckels und ein »gegenseitiges« Verständigen zwischen Narkotiseur und Operateur. Als Therapie beim Trachealrasseln schätzt K. die sehr verbreitete Methode, den Schleim mittels Stieltupfer aus dem Rachen zu entfernen, nicht, wie Ref. glaubt mit Unrecht, natürlich wofern jeder Insult vermieden wird. Von den Methoden der künstlichen Atmung erscheint im die Schüller'sche einfach und wirksam, da wo sie anwendbar ist; die direkte Herzmassage möchte Ref. nur für die »Asphyxie« im wahren Sinne des Wortes reserviert wissen. In Bezug auf die spätere Überwachung des Narkotisierten vermißt Ref. die generell zu stellende Forderung, daß der Arzt selbst bis zum völligen Erwachen die Beobachtung übernimmt, da »der geeignete Vertreter« K.'s wohl nur selten in der Lage sein wird, eine plötzliche Synkope zu erkennen. Damit ließe sich am besten die genaue Zeitbestimmung treffen, die zu geben Verf. nicht für möglich hält. Bei der Behandlung der späteren Störungen, besonders des Erbrechens, hätte vielleicht die Bekämpfung des Durstgefühls eingehender behandelt werden können, insbesondere der Wert der subkutanen Kochsalzinfusionen.

Aus der speziellen Technik ist hervorzuheben die ausschließlich selbst bei größter Eile gewünschte Tropfmethode. Dagegen ist es wohl nicht nötig, daß (p. 38) nach einer Stunde Chloroformgenuß Äther zugeführt wird, umsomehr als der weitere Chloroformgebrauch gering zu sein pflegt.

Bruno Bosse (Chemnitz).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 3. Juni 1902.

Vorsitzender: Piskaček; Schriftführer: Regnier.

I. Schauta: Demonstration von Präparaten.

1) Cystisches Myom. 42jährige Frau, die 6mal geboren, kam vor ungefähr 2 Jahren wegen starker Unterleibsschmerzen und Harnverhaltung in die Klinik Sänger in Prag und wurde nach 14tägiger Behandlung wieder entlassen. Damals wurde ein kindskopfgroßer Tumor konstatiert, der seit dieser Zeit rasch anwuchs. Am 26. April 1902 Aufnahme in die I. Frauenklinik in Wien.

Die Untersuchung ergab Insuffiziens der Mitralis, sehr starke Vergrößerung des Abdomens, überall hochgradige Fluktuation, starken Prolaps der hinteren Scheidenwand, Portio an der Symphyse, im Douglas eine glatte, weiche, nicht druckempfindliche Masse. Adnexe und Uteruskörper wegen der starken Spannung nicht zu tasten.

Am 4. April Laparotomie; dabei stößt man sofort auf einen großen Tumor, der sich nach Erweiterung des Schnittes als vom Uterus ausgehend erweist. An der Oberfläche des Tumors ist das Netz, in welchem fingerdicke Venen verlaufen, adhärent. Außerdem besteht eine ca. 3 cm lange Verwachsung mit dem Dünndarme an der rechten Peripherie des Tumors. Nach Ablösung der Verwachsungen ergibt sich, daß der Tumor mit einem breiten Stiele am Fundus, nahe dem linken Uterushorn aufsitzt. Es wird zunächst ein elastischer Schlauch um den Uterus gelegt, der Tumor abgetrennt und dann der am Uterus gesetzte Substanzverlust durch zahlreiche Nähte geschlossen. Bei Besichtigung der Bauchhöhle ergibt sich die Gallenblase mit Steinen prall gefüllt. Deshalb Inzision der Gallenblase an der Kuppe und Entfernung von ca. 50 Steinen. Zur Drainage der Gallenblase wird seitlich vom Musculus rectus eine Inzision angelegt und die Ränder der Gallenblasenwunde daselbst mit dem Bauchfell vernäht und durch diese Öffnung die Höhle drainiert. Der Verlauf der Operation war ein vollständig glatter; am 26. April konnte die Frau mit geschlossener Gallenblasenfistel entlassen werden. Der Tumor hatte ein Gewicht von 15 kg, bestand aus mehreren größeren knolligen Anteilen, fühlte sich an einzelnen Stellen derb, an anderen weich an. Der kompakte Anteil des Tumors zeigte ein Geflecht von vorwiegend fibröser Struktur mit eingelagerten Muskelzügen; das Gewebe zum Teil nekrotisch, ödematös durchtränkt, aufgelockert, die Kerne schlecht färbbar. Das Gewebe der Wand des cystisch degenerierten Anteils ist ebenfalls ödematös, doch besser erhalten, Kerne ziemlich gut färbbar, auch prävaliert die Muskulatur über das Bindegewebe.

Tumoren von so bedeutender Größe sind heutzutage bereits eine Seltenheit geworden. Einen ähnlichen Fall hat Schauta im November 1888 in Prag operiert: es handelte sich damals um eine 39jährige Frau; wiederholte Punktionen waren vorausgegangen. Der horizontale Umfang des Abdomens ergab 134 cm, die Pat. litt an hochgradiger Atemnot durch Hochstand des Zwerchfells und Degeneration des Herzmuskels; sie mußte in sitzender Stellung operiert werden. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleerten sich ca. 5 Liter Ascites; der Tumor, ebenfalls ein cystisches Myom, saß am Fundus uteri und wurde durch supravaginale Abtragung des Uterus entfernt. Der Verlauf war anfangs günstig, dann erfolgte unter Erscheinungen von Herzschwäche am 10. Tage der Tod. Die Sektion ergab neuerlich Ascites, Hydroperikard, Hydrothorax, fettige Degeneration des Herzmuskels. Der Tumor von 20 kg Gewicht erwies sich als Leyomyom mit schleimiger Erweichung. Die Herzdegeneration dürfte in diesem Falle mit der Tumorbildung in Zusammenhang gewesen sein, worauf neuerdings durch die Arbeit von Kessler in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie hin-

gewiesen ist. Dieselbe konstatirt als eine der Degenerationsformen des Herzens bei großen Myomen Myofibrose des Herzens. Cystische Myome scheinen überhaupt die größten Tumoren im weiblichen Genitale zu bilden. Der größte diesbezügliche Fall ist wohl der bei v. Winckel abgebildete, von Prof. Severano in Bukarest operierte, von 78 kg Gewicht.

2) Pankreascyste. 34jährige Frau, die 5mal geboren; seit der letzten Geburt vor $2^1/_2$ Jahren bemerkt Pat. eine Geschwulst im Abdomen, die seitdem langsam anwuchs. Am 4. April 1902 Aufnahme in die Klinik. Kräftige, gut genährte Person mit etwas blasser Hautfarbe, normalem Lungen- und Herzbefund. Das Abdomen vorgewölbt durch einen von der Gegend der linken Niere ausgehenden, ca. mannskopfgroßen Tumor, der nach rechts bis 3 Querfinger über die Mittellinie reicht, sich nach oben am linken Rippenbogen und unten einen Querfinger oberhalb der Symphyse begrenzt, nach allen Seiten mäßige Beweglichkeit besitzt und deutlich fluktuiert. Freie Flüssigkeit nicht nachweisbar. Der Uterus in Retroversion, nicht vergrößert, rechtes Ovarium deutlich tastbar, weniger deutlich das linke. Über dem Tumor, besonders links, stellenweise tympanitischer Schall. Die Diagnose schwankte zwischen cystischem Tumor der linken Niere und retroperitonealer Cyste, wahrscheinlich des Pankreas. Die cystoskopische Untersuchung ergab die rechte Ureterenmündung von normaler Gestalt, zeitweise Kontraktion und Wirbel, die linke etwas klaffend, in der Umgebung Rötung, Wirbel mit Sicherheit nicht konstatierbar, Urin vollständig klar, kein Albumen, kein Zucker, im Stuhl kein Fett. Am 5. April Laparotomie, Hautschnitt handbreit ober- nnd unterhalb des Nabels. Die vordere Fläche des Tumors deckt der Magen, das Colon transversum und descendens. Schlägt man das Colon transversum nach aufwärts, so liegt die Fläche des Tumors in großer Ausdehnung frei, und zwar die dem Kolon zunächst liegende Fläche stark vaskularisiert, ist bedeckt von dem Mesocolon transversum. Diese durch die Vaskularisation deutlich erkennbare Schicht grenzt durch eine gegen die Wirbelsäule konkave Linie von einer zweiten Zone ab, welche eine mehr grauliche Farbe hat und vollkommen gefäßlos erscheint. Diese Schicht wird inzidiert, und nun gelingt es von hier aus, den Tumor ohne irgend einen Blutverlust aus seinem Bett auszuschälen. Erst zuletzt an der hinteren Fläche des Tumors, an der Stelle, wo das Pankreasgewebe der Oberfläche des Tumors anliegt, findet sich eine größere Arterie, die gefaßt und durchtrennt wird. Die Ränder des Sackes werden verkleinert und die Sackhöhle durch die Bauchdeckenwunde drainiert. Der Verlauf war ein vollständig glatter. Im Harn fand sich auch in der Folge kein Zucker, im Stuhl kein Fett. Am 8. Mai wurde die Frau mit geschlossener Fistel entlassen. Der Inhalt der Cyste hat ein spezifisches Gewicht von 1024, enthält Spuren von Albumosen; geringe Mengen von Pepton, keine Dextrose, war frei von tryptischem, proteolytischem Ferment. Das Eiweiß besteht zum Teil aus verändertem Blutfarbstoff. Die mikroskopische Untersuchung ergibt eine fibröse, parallelfaserige, kernarme Wandung und ein hohes einreihiges Cylinderepithel mit hellem Protoplasma und basalständigen, kleinen, länglichen Kernen. An einzelnen Stellen finden sich Hervorragungen aus dieser Wand, bestehend aus zellenreichem Bindegewebe, von ähnlichem, hohem Cylinderepithel bedeckt wie die Innenwand der Cyste.

Bei der Operation von Pankreascysten müssen wir zwei Hauptmethoden unterscheiden, die der Ausschälung und die der Inzision mit Drainage. Nach der Zusammenstellung von Zweifel (Zentralblatt für Gynäkologie 1894 Nr. 27). ergibt die Ausschälung weniger günstige Resultate als die Inzision. Zweifel führt 12 derartige Fälle an mit 5 Todesfällen. Zu diesen kommt noch ein Fall von Zweifel selbst, dann ein Fall von Klein (Berliner gynäkologische Gesellschaft 1899) und mein Fall, zusammen also 15 Fälle mit 5 Todesfällen. Die Inzision mit Drainage ergab bei 31 Fällen nur zwei Verluste, doch steht sie gegenüber der Ausschälung im Nachteile durch die lange Behandlungsdauer und durch das sehr häufige Zurückbleiben einer Fistel. Was nun den bei meinem Falle beobachteten eigentümlichen Befund an der unteren und vorderen Fläche der Cyste

betrifft, demzufolge der gegen das Colon transversum gelegene Anteil stark vaskularisiert, ein weiterer gegen die Wirbelsäule gelegener Anteil aber fast gefäßlos erschien, so möchte ich diesen Befund in dem Sinne deuten, daß der letztgenannte gefäßlose Anteil als die durch den Tumor vorgestülpte peritoneale Auskleidung der Fossa duodeno-jejunalis aufzufassen ist. Wir müssen uns vorstellen. daß, wenn ein Tumor des Pankreas die vor ihm liegenden peritonealen Teile stark dehnt, auch die Fossa duodeno-jejunalis einer abnormen Dehnung ausgesetzt werden muß, so daß sie einen mehrere Handflächen großen Teil der Bekleidung des Tumors bilden kann. Da man nun an dieser Stelle, ohne auf größere Gefäße zu stoßen und ohne ein Mesenterialgefäß zu verletzen, was ja, wie die Erfahrung lehrt, mitunter zu Gangrän des Darmes geführt hat, an den Tumor selbst gelangen kann und imstande ist, ihn von hier aus fast unblutig auszuschälen, so möchte ich mir erlauben, die Aufmerksamkeit der Operateure auf diesen, soweit mir bekannt ist, noch nicht näher beschriebenen Weg zur Operation von Pankreascysten, und zwar zur Radikaloperation hinzulenken.

3) Desmoid der Bauchdecke. 22jährige Frau, die einmal normal geboren und einmal abortiert hat. Seit dem Abortus vor 3 Jahren leidet sie an Schmerzen und hochgradiger Nervosität; Periode ist normal, die Schmerzen werden in der linken Inguinalgegend lokalisiert. Die wiederholt ausgeführte Untersuchung ergibt keinen klaren Befund, wegen der außerordentlichen Druckempfindlichkeit des an dieser Stelle befindlichen kleinen Tumors, den ich lange Zeit geneigt war, als Lymphdrüsentumor aufzufassen. Mit der Zeit steigerte sich die Nervosität, es treten Wahnvorstellungen auf, der Tumor nimmt langsam zu und belästigt die Frau derartig, daß auch bei der leisesten Berührung nicht nur Schmerzen, sondern auch allgemeine Zuckungen (Krämpfe) ausgelöst werden. Die der Pat. vorgeschlagene Untersuchung in Narkose behufs event. Entfernung des Tumors ergab ein ca. eigroßes Desmoid der Bauchdecke, und zwar ausgehend von der Fascie des Musculus obliquus inferior. Der Tumor wurde durch einen parallel zum Poupart-schen Bande geführten Schnitt entfernt und ergab sich als bestehend aus fibrösem, sehnigem und wellig faserigem, lockerem Bindegewebe. In den Tumor traten an verschiedenen Stellen kleine, feine Nervenstämmchen ein; es ist nach diesem Befunde nicht unwahrscheinlich, daß durch die bei den Bewegungen, durch den Druck der Kleidungsstücke, besonders des Mieders, hervorgerufenen Zerrungen des Tumors und der in ihn eintretenden Nervenstämmchen allmählig, allerdings bei der dazu veranlagten Pat., jene hochgradigen nervösen Erscheinungen aufgetreten waren, wofür ja auch der Erfolg der Operation insofern spricht, als nach Entfernung des Tumors jene Erscheinungen bis auf die unbedeutendsten Reste verschwanden.

4) Blutung aus einem Graaf'schen Follikel. 43jährige Frau, welche am 9. April 1902 wegen eines doppelfaustgroßen Myoms operiert wurde, vaginale Totalexstirpation. Die Adnexe bleiben zurück. Bei der Operation fand sich im linken Ovarium ein sprungfertiger, etwa haselnußgroßer Graaf'scher Follikel. Die Versorgung der Gefäße erfolgt durch Ligatur auf das sorgfältigste. Nachmittags war der Verband — die Peritonealhöhle war drainiert worden — blutig, und es fand sich Dämpfung links über dem Darmbeinteller; als der Puls allmählich schwächer wurde, wurde um 7 Uhr abends das Operationsfeld freigelegt. Es fand sich sehr viel frisches und geronnenes Blut, aber die Quelle der Blutung konnte nicht gefunden werden; deshalb Laparotomie. Nach vollständiger Freilegung des Beckens und Entfernung des massig, in der Quantität von mehreren Litern ergossenen Blutes fanden sich die Stümpfe überall trocken, jedoch Bluterguß aus der Höhle des geplatzten Graaf'schen Follikels des linken Ovariums. Dasselbe wurde nunmehr abgetragen, die Blutung stand vollkommen und die Pat. erholte sich in kurzer Zeit von der schweren Blutung, welche bei längerer Dauer wohl tödlich verlaufen wäre.

Einen ganz ähnlichen Fall hatte Schauta zu beklagen im Dezember des vorigen Jahres, wo ebenfalls bei einer Frau nach vaginaler Totalexstirpation und Zurücklassung der Adnexe denselben Abend die Wiedereröffnung des Abdomens

wegen innerer Blutung notwendig war. Auch in diesem Falle war die Blutung ausschließlich aus dem geplatzten Graaf'schen Follikel des linken Ovarium erfolgt. Die Blutung wurde gestillt durch Unterbindung der zuführenden Gefäße. Leider trat in der Folge Darmadhäsion an der rechten Bauchwand ein und als man am 5. Tage die Laparotomie wiederholte, war der Darm bereits nekrotisch und erfolgte wenige Stunden später Exitus an Peritonitis.

Daß aus dem geplatzten Graaf'schen Follikel schwere Blutungen, Hämatokelen sich entwickeln können, ist eine bekannte Tatsache, doch ist meines Wissens nichts bekannt, daß post operationem zurückgelassene Ovarien die Quelle so schwerer, tödlicher Blutungen abgeben können. Es liegt darin der Fingerzeig, wenn man schon nicht jedesmal die Ovarien bei der Totalexstirpation des Uterus mit entfernen will, doch größere sprungfertige oder gesprungene Graaf'sche Follikel sorfältig zu versorgen, da sonst nach Unterbindung der größeren Äste der Spermatica interna und der Uterina infolge der Erhöhung des Blutdruckes aus dem Graaf'schen Follikel Blutungen ähnlicher Art eintreten können, wie in den beiden eben geschilderten Fällen.

II. Lindenthal-Hitschmann: Demonstration eines Modells der Eieinbettung. Zwillingsschwangerschaft.

Wir erlauben uns, Ihnen ein Modell zu demonstrieren, welches geeignet ist, die Einbettung des menschlichen Eies nach Peters in anschaulicher Weise zu zeigen; wir tun dies bereits heute, ohne auf irgend welche histologische Details einzugehen, weil dieses Wachsmodell behufs Gewinnung von Dauermodellen aus Gips geopfert werden muß.

Das Modell wurde nach der Born'schen Methode in folgender Weise hergestellt. Die komplette Serie, in welche das Ei samt der dasselbe bergenden Schleimhaut zerlegt wurde, besteht aus 800 Schnitten bei einer Schnittdicke von 10 μ. Es wurde von Dr. Benesch im Institut des Herrn Hofrats Zuckerkandl jeder 4. Schnitt mittels des Tandler'schen Projektionsapparates bei 25facher Vergrößerung auf eine Wachsplatte von 1 mm Dicke aufgetragen und hierbei die Konturen des Eies, der Zotten, sowie der Blutherde und Drüsen eingezeichnet.

Da nur jeder 4. Schnitt genommen wurde, je 4 Schnitte 40 μ dick sind und die Vergrößerung in der Fläche eine 25fache ist, so stellt eine Plattendicke von 1 mm eine genaue Vergrößerung des ganzen Objektes um das 25fache dar.

Durch Zusammenlegen der einzelnen Wachsplatten ergibt sich eine vollständige proportionierte Rekonstruktion des natürlichen Objektes.

Über die Proveniens desselben will ich einige interessante Punkte mitteilen.

Das Ei stammt von einer 25jährigen Frau, welche an Dysmenorrhoea membranacea leidet und angeblich wiederholt zur Zeit der Periode Membranen aus dem Uterus ausgestoßen hat. Von dem behandelnden Arzte wurde uns im Februar vorigen Jahres eine derartige Membran übergeben, nachdem die Periode sich um 14 Tage verspätet eingestellt hatte; diese Membran stellte einen vollständigen Ausguß des Uterusinnern dar. Makroskopisch konnten wir an derselben zunächst nichts Auffälliges wahrnehmen; aus den Randpartien der Membran histologisch untersuchte Teile ergaben das bekannte Bild der Dysmenorrhoea membranacea mit vereinzelten deciduaähnlichen Zellen; mehrere Monate später entnahmen wir den zentralen Teilen der Membran neuerlich behufs mikroskopischer Demonstration ein kleines Stück und fanden zu unserer Überraschung eine typische Membrana deciduae. Dadurch aufmerksam gemacht, waren wir nunmehr imstande, an einer circa stecknadelkopfgroßen Stelle einen rötlichen Fleck zu entdecken, der im Niveau der Schleimhaut lag und den wir als möglichen Haftort eines Eichens aus der Membran als kleinen Block herausschnitten und in Serienschnitten zerlegten.

Unsere vage Vermutung bestätigte sich, in dem untersuchten Schleimhautteile war ein kleines Ei enthalten, dessen Dimensionen aus den Schnitten des Objektes und nach Berechnungen nach dem rekonstruiertem Modelle 4,8 : 3,6 : 1,4 betrugen.

Dieses Ei gehört der Größe nach zu den sechs jüngsten der bisher bekannten Objekte und ist deshalb von besonderem Werte, weil es seit der Publikation von Peters erst das zweite ist, welches seine Lehre der Einbettung des menschlichen Eies bestätigt.

Demonstation des Wachsmodells.

III. Halban: Urethralstein. H. demonstriert einen circa bohnengroßen Uratstein, welchen er aus der Urethra einer älteren Frau entfernt hat. Die unmittelbar nach der Extraktion vorgenommene Cystoskopie ergab deutliche, ziemlich hochgradige Lacerationen an der rechten Uretermündung, was als objektives Zeichen für die Herkunft des Konkrementes aus der rechten Niere angesehen werden kann. (Erschien ausführlich in der Wiener klin. Wochenschrift 1902.)

Diskussion. Chrobak: Vielleicht ist es interessant für Sie, zu erfahren, daß ich vor einiger Zeit eine jung verheiratete sterile Frau sah, welche mit Klagen über eine schwere Dysmenorrhoe zu mir kam. Am Genitale selbst fand ich nichts. Nur an der vorderen Scheidenwand, entsprechend der Urethra, fiel mir eine harte Stelle auf, in der sich ein kleines Steinchen von der Größe einer kleinen weißen Bohne fand, das in einem Divertikel der hinteren Urethralwand eingebettet lag. Ich entfernte dasselbe, und mit einem Schlage war auch die Dysmenorrhoe behoben.

IV. Bürger: Fall von intra-uteriner Knochenverbildung.

Ich erlaube mir heute über ein in der Klinik des Herrn Hofrat Schauta beobachtetes Kind zu berichten, welches angeborenerweise Veränderungen des Knochensystems darbot, die infolge ihrer Seltenheit und ihres Abweichens von bekannten Bildern einiges Interesse haben.

Die Geburtsgeschichte ergibt kurz folgendes: Die 26jährige Zweitgebärende hat in ihrer Kindheit Rachitis durchgemacht. Die erste Geburt verlief spontan, das Kind soll vollkommen wohlgebildet gewesen sein. Das zweite Kind stammt angeblich vom selben Vater.

Die Frau bietet sowohl am Becken als auch am übrigen Skelett deutliche Zeichen von Rachitis dar. Ersteres hat den Typus des allgemein verengt rachitischen Beckens, C. d. = 10,2.

Die Frucht befindet sich in Beckenendlage II. Position. Nach dem Verstreichen des Muttermundes wird die Blase künstlich gesprengt und 3/4 Stunden später erscheint der Steiß des Kindes in der Vulva, worauf die Manualhilfe in typischer Weise geleistet wird. Die Entwicklung des Kindes gelingt relativ sehr leicht. Die Placenta geht 10 Minuten p. p. spontan ab und zeigt normale Verhältnisse.

Das Kind ist sehr blaß, Herzschlag ist vorhanden, sehr seltene Atemzüge. Es werden Wiederbelebungsversuche angestellt, aber trotz $1\frac{1}{2}$stündiger Bemühung werden die Atemzüge immer seltener und schließlich erlischt auch der Herzschlag. Das Kind, dessen Photographie Sie hier sehen, ist weiblichen Geschlechts, frühgeboren — nach der Anamnese und dem objektiven Befund handelte es sich um eine Gravidität von 32 Wochen —; es hat ein Gewicht von 2270 g und eine Länge von 43 cm. Die Kopfmaße sind alle relativ größer als es der Entwicklung entspricht: Der große Kopfumfang 37 cm, der kleine $35\frac{1}{2}$ cm, die queren Durchmesser 8 und 10 cm, der gerade $11\frac{1}{2}$ cm, der große schräge 12 cm, der kleine schräge $10\frac{1}{2}$ cm. Der Schädel scheint auch in toto im Verhältnis zum übrigen Körper sehr groß, hat einen brachycephalen Typus, die Tubera frontalia sind stark vorspringend, die Fontanellen nicht wesentlich breiter als normal; hingegen scheint der ganze Gesichtsschädel relativ klein, der Nasenrücken ist tief eingesunken. Das Kind machte einen kretinhaften Eindruck. Der Hals etwas dicker als normal. Der Übergang des Rippenknorpel in die Rippenknochen erscheint aufgetrieben und abgeknickt.

Die Extremitäten der Frucht erscheinen verkürzt, die unteren weitaus mehr als die oberen. Bei näherer Betrachtung erweist sich als Grund der Verkürzung der unteren Extremitäten eine Abknickung derselben. An den oberen Extremi-

täten zeigt sich nur eine leichte Verbiegung der Oberarmknochen. Die unteren Extremitäten sind im Hüftgelenk gebeugt, abduziert und auswärts rotiert. Die Oberschenkel stark nach außen und vorn gekrümmt. Im Kniegelenk besteht starke Beugung. Die Füße sind ziemlich stark plantar flektiert, supiniert und adduziert. Die auffallendsten Veränderungen zeigen, wie schon erwähnt, symmetrisch die beiden Unterschenkel. Die Tibien sind stark nach vorn gekrümmt, entsprechend der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel findet sich eine stumpfwinklige Knickung und scheinbar auch Verdickung des Knochens. Der Höhe der Knickung entsprechend zeigt sich vorn am Unterschenkel eine 5 mm lange, 1 mm tiefe, dem Längsdurchmesser der Extremität parallel gestellte Einziehung der Haut, die an dieser Stelle mit dem Knochen verwachsen ist.

Die ursprüngliche Stellung der unteren Extremitäten ist in der Moulage festgehalten (Demonstration).

Die Sektion ergab beim Abpräparieren der Weichteile des Thorax, daß die Rippen beiderseits ziemlich flach nach vorn verlaufen, um dann mit dem Rippenknorpel einen fast rechten Winkel zu bilden. Dabei erscheinen die Knochenenden rosenkranzförmig aufgetrieben. Die zweilappige Thymus nimmt in Form sehr großer flügelartiger Gebilde das vordere Mediastinum ein. Die Schilddrüse war von entsprechender Größe. Beide Lungen lufthaltig, nur an ihren unteren Rändern, sowie in etwas ausgedehnteren Partien des linken Unterlappens atelektatisch. Auf der Schnittfläche entleert sich bei Druck ein schaumiges Serum, aus den Bronchien eine dicklichere Masse.

Das Herz von entsprechender Größe, der rechte Ventrikel etwas erweitert, alle Klappenapparate, durchwegs zart, zeigen keine Anomalien.

Die Leber ziemlich groß, blutreich, auf der Schnittfläche nichts Abnormes. Die Milz etwas vergrößert, besonders im Längendurchmesser, die Follikel etwas vergrößert. Pankreas eine Spur großlappig. Niere und Nebenniere normal. Das Kolon ziemlich stark mit Mekonium gefüllt und gebläht. Im Magen ein wenig rötlich tingierter Schleim.

Nach stattgehabter Obduktion wurde die Leiche skelettiert, nachdem vorher einzelne Teile des knöchernen Gerüstes und der übrigen Organe zur histologischen Untersuchung herausgenommen worden waren. Die Betrachtung des Skeletts, auf die ich hier nur kurz eingehen kann, ergibt im großen und ganzen eine Bestätigung des schon vorhin erwähnten Befundes. Die abnorme Größe des Kopfes, das tiefe Eingesunkensein der Nasenwurzel, die Auftreibungen am Übergang zwischen Rippenknorpel und Knochen, eine den unteren Teil der Wirbelsäule einnehmende Rachischisis und die Verkrümmungen der Extremitätenknochen. Letztere sind auch auf dem von Dr. Holzknecht angefertigten Röntgenogramm schön zu sehen. (Demonstration).

Wenn wir nun nach der Natur des hier bestehenden Prozesses fragen, so müßte man zunächst daran denken, daß es sich bei normaler Anlage des Skeletts um rein mechanische Vorgänge während des intra-uterinen Wachstums gehandelt hat, welche die eigentümlichen Verkrümmungen der Knochen bedingten. Abgesehen davon aber, daß die Fruchtwassermenge zur Zeit der Geburt nicht verringert war, und daß sich nirgends amniotische Stränge fanden, ließe sich nicht das abnorme Verhalten des Kopfskeletts, insbesondere das Eingesunkensein der Nasenwurzel, ferner die Veränderungen an der Knorpel-Knochengrenze der Rippen daraus erklären, und es war naheliegend, an eine intra-uterine Knochenerkrankung zu denken. Zur Feststellung dieser Annahme wurden von verschiedenen Knochen nach Entkalkung histologische Schnitte angefertigt, welche Herr Hofrat Weichselbaum und Dr. Störk zu kontrollieren die Güte hatten. Gleichzeitig wurden von normalen Fällen derselben Entwicklungszeit Vergleichsobjekte geschnitten und gefärbt. Die Präparate ergeben folgenden Befund: das Periost der Röhrenknochen ist von normaler Dicke und zieht überall gatt über den Knochen hinweg.

Am Übergang von Epiphyse in Diaphyse ist nirgends ein Hineinwachsen des Periosts in die Epiphysenfuge sichtbar.

Der Epiphysenknorpel selbst setzt sich in scharfer Grenze vom Knochen ab: die Knorpelsäulchen der enchondralen Verknöcherungszone sind von annähernd normaler Höhe und regelmäßiger Anordnung. Der Diaphysenknochen erscheint rarifiziert, indem die Knochenbälkchen namentlich in der Nähe der Epiphyse spärlich und zart sind, während die zwischen ihnen liegenden Markräume gegenüber normalen Bildern erweitert und vermehrt erscheinen. Die Osteoblasten scheinen an Zahl etwas vermindert, die Kalkablagerung in den Knochenbalken spärlich.

An den Schnitten durch die Rippen am Übergang zwischen Knorpel und Knochen fehlt das becherförmige Umgriffensein des Knorpels durch den Knochen, wie es bei der Chondrodystrophie als charakteristisch angegeben wird.

An den Knickungsstellen schließlich sieht man eine deutliche Sklerosierung des Knochens. die Balken sind auffallend verbreitert und vermehrt und von zahlreichen Osteoblasten bekränzt.

Von den Krankheitsbildern, die für unseren Fall differentialdiagnostisch in Betracht kämen, wäre vor allem die von Kaufmann in seiner Monographie beschriebene Chondrodystrophia foetalis zu erwähnen.

Gemeinsam mit dieser Erkrankung ist unserem Falle das eigentümliche Verhalten der Nasenwurzel, welches nach Virchow zurückzuführen ist auf eine frühzeitige Synostose des sog. Os tribaxilare, ferner der kretinhafte Eindruck, den das Kind nach der Geburt machte. Hingegen findet sich nicht ausgesprochen das mangelhafte Knorpelwachstum, das Hineinwachsen eines Periostatreifens in die Epiphysenfuge, das becherförmige Umgriffenwerden des Knorpels durch den Knochen. Mit der sog. fötalen Rachitis, die übrigens nach dem heutigen Stande der Frage von den meisten Autoren überhaupt nicht als eigenes Krankheitsbild anerkannt wird, stimmen überein die rosenkranzförmigen Auftreibungen am Übergang zwischen Rippenknorpel und Knochen. Hingegen kommt es bei diesem Prozesse zu einem abnorm gesteigerten Knorpelwachstum; die Zone der Knochensäulchen ist enorm gewuchert und in die Länge gezogen, es kommt zu Unregelmäßigkeiten in der Markraumbildung und zu einer bedeutenden Hyperämie.

Mit der in letzter Zeit namentlich von Scheib aus der Straßburger Klinik ausführlich behandelten Osteogenesis imperfecta stimmen zwar die Verkürzungen, Verkrümmungen und Infraktionen der Extremitätenknochen überein, aber es fehlt wieder die mangelhafte Entwickung des Schädeldaches mit den dünnen, durch eine duraähnliche Haut zusammengehaltenen brüchigen Knochenplättchen.

Daß es sich in unserem Falle tatsächlich um Infraktionen resp. Frakturen handelt, dafür spricht erstens der histologische Befund der in Serien geschnittenen Hautpartie der Knickungsstelle am Unterschenkel, welche sich makroskopisch als Einziehung kennzeichnete. Er gibt das typische Bild einer von der Kutis bis an das Periost reichenden Narbe mit Ausweichen und Schwund der elastischen Fasern, welche einem kernarmen Bindegewebe Platz gemacht haben. Zweitens zeigt der Knochen an der Knickungsstelle deutlich das Bild einer Sklerosierung. Die Knochenbälkchen sind viel breiter und derber gefügt. Daß gerade die Unterschenkel die stärkste Verkrümmung zeigen, ist wohl daraus zu erklären, daß bei der zusammengekauerten Haltung des Fötus in utero gerade diese Teile am meisten den Druckeinwirkungen von außen exponiert waren und die dem Muskelzuge überlassenen Fragmente in Winkelstellung ausgeheilt sind. Über die Zeit, in welcher diese Verbiegungen entstanden sein können, läßt sich nur sagen, daß das knöcherne Gerüst bereits ausgebildet gewesen sein muß, da nur Knochen sklerosieren kann; andererseits muß aber die Einwirkung schon geraume Zeit vor der Geburt zurückdatieren, da die Sklerosierung stark entwickelt und die Narbenbildung eine vollständig abgeschlossene ist.

Mit den vorhin erwähnten Krankheitsbildern stimmt unser Fall also nicht überein, wenn er auch mit allen in einzelnen Punkten einen gewissen Parallelismus aufweist. Es ist demnach nicht möglich, ihn unter eines der genauer bekannten Bilder zu subsummieren, und man wird vielleicht einen während der intrauterinen Entwicklung aufgetretenen osteoporotischen Prozeß annehmen müssen,

der infolge mangelhafter Ablagerung von Kalksalzen die Knochen in ihrer Resistenz minder tauglich machte und die Möglichkeit erklärlich erscheinen läßt, daß durch Einwirkungen von außen, welche einen normalen Knochen nicht in seiner Entwicklung gestört hätten, Verbiegungen, Infraktionen, Frakturen entstanden sind.

Neueste Literatur.

3) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VI. Hft. 3.

1) Prüsmann (Kiel). Zwei Fälle von soliden Tumoren der Bauchhöhle unbekannten Ursprunges.

Der eine Tumor war kindskopfgroß, lag über dem Beckeneingange, war an zwei Stellen mit der vorderen Bauchwand verklebt, von seiner Vorderseite gingen einige zarte, gefäßhaltige Adhäsionsstränge zum Douglas'schen Raume und der hinteren Cervixwand, ferner zwei dünne Adhäsionsstränge zu den linken Adnexen. Beide Ovarien und Tuben von normaler Größe und Aussehen. Mikroskopisch erweist sich der Tumor als Fibrosarkom. Ein Ausgangspunkt für die durch Abdrehung oder Abschnürung von dem Mutterboden gelöste und durch sekundäre gefäßhaltige Adhäsionen weiter ernährte Geschwulst ließ sich nicht finden.

Der andere Tumor war zweifaustgroß, lag im kleinen Becken und war überall flächenhaft verklebt; rechts hinten gefäßhaltige Adhäsionen mit Dünndarmschlingen, breite größere Gefäße enthaltende Verbindung mit der Flexura sigmoidea. Tuben hyperämisch, beide Ovarien normal. Es war eine fibromatöse Geschwulst, deren zentrale Partien regressive Veränderungen zeigten und deren Mantel aus einem sarkomatösen Gewebe bestand. Wegen der breiten gefäßhaltigen Verbindung mit der Flexur hält Verf. es nicht für ausgeschlossen, daß die Geschwulst von einer Appendix epiploica der Flexura sigmoidea ausgegangen ist.

2) Füth (Leipzig). Über Ovarialschwangerschaft.

F. berichtet über einen von ihm operierten Fall von sicherer Ovarialschwangerschaft und gibt eine eingehende, durch mehrere instruktive Abbildungen erläuterte makro- und mikroskopische Beschreibung des gewonnenen Präparates, aus der sich Folgendes ergibt: 1) Das Ovarium der rechten Seite, von dem noch ein ein Corpus luteum tragender Teil vollkommen erhalten ist, erweitert sich zu einem faustgroßen Sacke, welcher eine stark durchblutete, nekrotische Placenta enthält. 2) Die gleichseitige Tube, sowie das Fimbrienende und die Plica infundibulo-ovarialis sind völlig frei. Der dazugehörige Fötus ist das ganz im Netz eingewachsen vorgefundene Lithopädion, der seiner Größe nach etwa dem 5.—6. Monat entspricht. Die ovariale Natur der Gravidität ist damit einwandsfrei bewiesen.

Aus dem Befunde von deutlich erkennbaren Luteinzellen in der dem nekrotischen Placentargewebe anliegenden Wandschicht glaubt F. mit Sicherheit schließen zu können, daß in seinem Falle die Befruchtung und Einnistung des Eies innerhalb des Graaf'schen Follikels erfolgt ist. Neben der Zurückhaltung des Eies im Follikel spielt für das Zustandekommen einer Ovarialgravidität noch das Eindringen von Sperma in den Follikel eine Rolle. In dieser Beziehung ist die in dem vorliegenden Falle beobachtete exzessive Länge der Tuben (17—18 cm) von Interesse, da man sich vorstellen kann, daß durch diese Länge eine viel innigere Berührung von Tubentrichter und Ovarium stattfindet und dadurch, da das Sperma häufig bis zum abdominalen Ende der Tube vordringt, das Zustandekommen einer Ovarialgravidität erleichtert wird.

3) Franz (Halle). Zur Bakteriologie des Lochialsekretes fieberfreier Wöchnerinnen.

Verf. berichtet über eine Versuchsreihe, die er an 120 normalen Wöchnerinnen angestellt hat, um die bakteriologischen Verhältnisse der normalen Uterushöhle in den ersten 9 Tagen des normal verlaufenden Wochenbettes festzustellen und im besonderen nachzuweisen, ob sich Unterschiede in den einzelnen Wochenbetts-

tagen ergeben. Am 1., 2. und 3. Tage wurden je 10, vom 4.—9. Tage je 15 Wöchnerinnen untersucht. Die Technik der Entnahme des Sekretes und seiner bakteriologischen Verarbeitung wird eingehend besprochen. Das Ergebnis seiner Untersuchungen war für die ersten beiden Tage von 20 Fällen 8 positive Befunde = 40%, für die übrigen Tage von 100 Fällen 63 positiv = 63%. Besonders hervorzuheben ist das Vorkommen von pyogenen Bakterien im Uterussekret fieberfreier Wöchnerinnen; 21mal wurden Staphylokokken und Streptokokken gefunden. Die positiven und negativen Fälle wurden nach klinischen Gesichtspunkten eingeteilt und nach den Beziehungen der positiven Fälle zur Temperatur im Wochenbette, zur Menge und Beschaffenheit des Lochialsekretes, dazu, ob es sich um Erst- oder Mehrgebärende handelte, ferner zur Dauer der Geburt resp. der einzelnen Geburtsperioden gesucht. Das, was sich aus den klinischen Beobachtungen bei keimhaltigen und keimfreien Fällen ergibt, läßt sich in keinen gesetzmäßigen Zusammenhang zu Keimfreiheit und Keimgehalt des Uterussekretes bringen. Es ist nicht möglich, den Keimgehalt des Uterussekretes normaler, d. h. fieberfreier Wöchnerinnen klinisch zu erklären. Die Tatsachen zwingen dazu, den Keimgehalt der Uterushöhle im fieberfreien Wochenbette nicht weiter für etwas Pathologisches zu halten.

4) Baisch (Tübingen). Zur Indikationsstellung für die Totalexstirpation des septischen Uterus.

Die Komplikation von Schwangerschaft durch komplette Inversio vagina mit Elongatio colli uteri wird in ihrer Bedeutung als geburtserschwerende Erkrankung oft unterschätzt. Die Gefahr liegt einmal in der Verzögerung der Eröffnungsperiode durch die Rigidität der Cervix, zweitens in der leichten Infektionsmöglichkeit durch das Zutageliegen des Muttermundes und das Auftreten von Dekubitusgeschwüren an demselben, besonders wenn die Pat. erst als Kreißende in Behandlung tritt. 2 Fälle aus der Döderlein'schen Klinik illustrieren das. In dem einen starb die Wöchnerin an Sepsis, da sie die vorgeschlagene Totalexstirpation des Uterus verweigerte; in dem anderen wurde, da die Infektion des Cavum uteri bei noch nicht eröffnetem Muttermund und bei völlig erhaltener Cervix eingetreten war, die Totalexstirpation des kreißenden Uterus per vaginam mit gutem Erfolge ausgeführt. Bei der Untersuchung des gewonnenen Präparates fanden sich die Eihäute überall mit Diplokokken und Streptokokken besetzt, ebenso die Placenta an ihrer uterinen Fläche, speziell in den Randpartien. Bei Entnahme von Stückchen vom Endometrium vom inneren Muttermund bis zum Fundus fanden sich in fast allen Schnitten Diplokokken in den oberen Schichten der Mucosa. Die tieferen Schichten, Venen und Lymphgefäße waren frei.

B. berichtet noch über 3 weitere Fälle von Totalexstirpation des septischen Uterus, mit einem Todesfalle. Nach den Erfahrungen der Döderlein'schen Klinik sind es besonders die Fälle von Mischinfektion, die einen chirurgischen Eingriff indizieren. Dahin sind zu zählen Fälle von Uterusprolaps, wenn während oder nach der Geburt Fieber eintritt; ferner die Retention von faulenden Eiresten, wenn nach Entfernung derselben das Fieber nicht bald abfällt oder die völlige Ausräumung aus irgend einem Grunde nicht durchführbar ist, des weiteren Fälle von verjauchenden Uterustumoren und ähnliche. Eine erschöpfende Aufzählung der Indikationen ist nicht möglich.

Es darf nicht als absolute Kontraindikation gegen einen operativen Eingriff angesehen werden, wenn die Keime über den Uterus hinaus in die Blutbahn eingebrochen sind. Die Anwendung der Curette zur Entfernung des infektiösen Endometriums wird verworfen.

5) Zangemeister (Leipzig). Über Hinterscheitelbeineinstellung.

Nach einer kurzen Besprechung der einschlägigen Literatur und der darin niedergelegten Fälle von spontanem Verlauf bei Hinterscheitelbeineinstellung berichtet Z. über 10 Fälle von sekundärer Hinterscheitelbeineinstellung, die unter den 2250 Geburten der letzten $1^1/_2$ Jahre an der Zweifel'schen Klinik zur Beobachtung kamen. Von diesen verliefen 2 spontan nach dem von Veit beschriebenen Mechanismus, 2 spontan nach Symphyseotomie, 1mal wurde die Geburt

durch Wendung und Extraktion. 2mal durch Sectio caesarea beendet. Alle 7 Kinder kamen lebend. 3mal mußte die Perforation ausgeführt werden, darunter 2mal bei lebendem Kinde.

Ätiologie und Prognose dieser Einstellung und die mechanischen Schwierigkeiten des Kopfeintrittes gegenüber der Vorderscheitelbeineinstellung werden erörtert. Wenn auch auf einen spontanen Geburtsverlauf bei sekundärer Hinterscheitelbeineinstellung weniger zu rechnen ist als bei Vorderscheitelbeineinstellung, möchte Z. doch empfehlen, nicht in jedem Falle sofort auf diese Aussicht zu verzichten, vor allem dann nicht, wenn die Wendung nicht mehr möglich ist (und nicht eine eingreifendere Therapie, wie der Kaiserschnitt, geboten ist), sondern, ehe man das lebende Kind perforiert, noch etwas zuzuwarten, wenn ein nicht zu kleines Segment des Kopfes sich ins Becken stellt; die Wehen und Herztöne gut sind; es sich nicht um Kreißende handelt, welche schon mehrere schwere Entbindungen durchgemacht haben (Uterusruptur!). Die Symphyseotomie ist auch bei längerem Warten noch möglich und gerade bei dieser Einstellung von großem Werte.

Die Wendung ist dann am Platze, wenn die Einstellung sich nicht ändert und wenn komplizierende oder einen spontanen Verlauf in Frage stellende Momente vorhanden oder zu befürchten sind. Von einer Umwandlung der Kopfstellung durch äußere oder kombinierte Handgriffe ist nichts zu erwarten. Vor der hohen Zange ist dringend zu warnen, da sie nur selten gelingt und die Mutter gefährdet. Höchstens als Versuch vor der Perforation des lebenden Kindes ist sie gestattet.

6) Beuttner (Genf). Beitrag zum Studium der pathologischen Anatomie der Atresia hymenalis congenita.

Genaue, durch photographische Abbildungen illustrierte makro- und mikroskopische Beschreibung. Der Fall beweist die Richtigkeit der Erklärung, die C. Gebhard für das Entstehen einer Atresia hymenalis congenita gibt, daß nämlich die mit Epithelmassen ausgefüllte Hymenalöffnung anfangs nur verklebt, später eine organische Verwachsung eingeht.

7) v. Fellenberg (Bern). Ein eigentümlicher Fall von Inversio uteri senilis mit Bemerkungen über die operative Behandlung der Inversion überhaupt.

Bei einer 67jährigen Frau, die seit 21 Jahren einen ca. faustgroßen Vaginalprolaps hatte, kam es zu einer allmählich sich ausbildenden totalen Inversion des Uterus. v. F. erklärt sich das Entstehen der Inversion so, daß der Zug der invertierten Vagina den äußeren Muttermund stark dilatierte und der weiche, kleine, senil involvierte Uterus dem Drucke von oben ausweichend in die Inversionsstellung austrat. Der Fall wurde so operiert, daß zunächst (von Prof. Müller) nur die Kolpektomie gemacht, der Uterus in die Wundhöhle zurückgeschoben und der Scheideneingang vernäht wurde. Da der Uterus aber weiter sezernierte, öffnete sich die Wunde wieder und der invertierte Uterus prolabierte wieder. Jetzt wurde eine einfache Amputation des Corpus uteri vorgenommen und die vorher angelegten Fäden über dem Stumpf geknotet. Der Rest des Corpus zog sich völlig zurück. Heilung. Dieselbe Operation wurde (von Prof. Müller) auch in einem Falle von bei der Geburt entstandener Inversio uteri ausgeführt, weil die enorme Schwäche und Anämie der Pat. ein eingreifenderes Verfahren nicht rätlich erscheinen ließ. Es wurden 12 Katgutfäden von vorn nach hinten durch das Corpus durchgeführt und nur der Fundus abgetragen, die Fäden über dem Stumpf geknotet, der Stumpf in der Vagina versenkt und tamponiert. Nach 10 Tagen hat sich der Stumpf völlig reinvertiert. Der Vorteil gegenüber der Totalexstirpation liegt in der Erhaltung von funktionstüchtiger Uterusschleimhaut.

8) Beuttner (Genf). Über Schleimhautpolypen der Uterushöhle.

B. gibt eine genaue makro- nnd mikroskopische Beschreibung von 2 Fällen von Schleimhautpolypen des Uterus. Er rubriziert seine Fälle nach der von Abel angegebenen Benennung, und zwar Fall I als Hyperplasia glandularum

endometrii polyposa mit der Besonderheit, daß die Drüsen cystisch erweitert, und daß die Vaskularisation eine so reichliche ist, daß das Grundgewebe ein kavernöses Gepräge annimmt; Fall II als Hyperplasia endometrii totius polyposa. Dabei fanden sich neben zu Cysten erweiterten Drüsen zahlreiche normale Drüsen und auch hier eine ungemein reichliche Vaskularisation.

9) Sellheim (Freiburg). Diagnose und Behandlung der Genitaltuberkulose beim Weibe.

Verf. gibt zunächst eine umfassende Zusammenstellung aller diagnostischen Mittel, um darzulegen, daß man in den meisten Fällen in der Lage ist, die Genitaltuberkulose zu erkennen. Eine beigegebene vorzügliche Tafel zeigt ein charakteristisches Beispiel einer solchen »diagnostizierbaren« Genitalerkrankung. Bei der Behandlung wurde an der Hegar'schen Klinik stets zunächst versucht, auf palliativem Wege, durch Hebung des Allgemeinbefindens und Beförderung der Resorption, Besserung und Heilung zu bringen. Nur wenn das nicht gelang, wurde zur Operation geschritten. Schnell fortschreitende Prozesse, immer rekurrierende Erkrankungen, Mischinfektionen und Abszeßbildungen, langdauernde Fieberzustände mit starken Störungen des Digestionsapparates infolge von Darmverwachsungen, drohende oder auch erfolgte Darmperforation drängten zur Operation. Als Kontraindikation galt eingetretene Besserung nach palliativer Behandlung oder zu weit fortgeschrittene Erkrankung anderer Organe.

In den letzten 8 Jahren wurden an der Klinik Hegar 58 Frauen wegen Genitaltuberkulose aufgenommen, davon 31 palliativ behandelt, 27 operiert. S. hat über das spätere Befinden dieser Frauen Nachforschungen angestellt. Von den palliativ Behandelten wurden 11 nachuntersucht, 3 füllten den übersandten Fragebogen aus, von den operativen Fällen wurden 11 nachuntersucht, während 4 den Fragebogen ausfüllten. Zur Beurteilung des Resultates wurden frühere Beschwerden und Beschwerden bei der Nachuntersuchung, frühere Arbeitsunfähigkeit mit dem Grade der nach der Behandlung erreichten Arbeitsfähigkeit und früherer Untersuchungsbefund mit dem jetzigen verglichen.

Von den 14 Nachuntersuchten der ersten Reihe (palliative Behandlung) erlangten 8 volle Arbeitsfähigkeit, 3 wurden gebessert, 3 blieben arbeitsunfähig. Von den 15 Operierten haben 7 ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt, darunter schwanden bei 6 die Beschwerden völlig, bei einer wurden sie bedeutend gebessert. Die übrigen 8 können nur leichte Arbeit verrichten; 3 davon sind beschwerdefrei, 4 bedeutend gebessert, eine in geringem Grade erleichtert. Am besten ist der Erfolg bei den radikal operierten Frauen. S. empfiehlt deshalb für das operative Vorgehen stets die Entfernung der erkrankten Adnexe samt dem Uterus per laparotomiam anzustreben.

10) Hellendall (Tübingen). Über Impfkarzinose am Genitaltraktus.

H. beschreibt einen Fall von primärem, sehr weit vorgeschrittenem Corpuskarzinom mit Metastasen am Introitus, neben der Harnröhrenmündung. Da mehrfache operative Eingriffe vorausgegangen waren, lag der Gedanke an eine Impfmetastase nahe. Die genaue mikroskopische Untersuchung des Falles und die kritische Beurteilung der gewonnenen Resultate mit Rücksicht auf die Untersuchungen von Sellheim und Kaufmann über Impfmetastasen, ergab, daß es sich nicht um eine Impfmetastase handelte, sondern daß die Ausbreitung des Karzinoms auf retrogradem Wege in diskontinuierlicher Weise in den Venen und in den Lymphbahnen erfolgte.

Verf. gibt zum Schlusse eine kurze Übersicht über die Literatur der Scheidenkarzinommetastasen bei Korpus-, Cervix- und Portiokarzinom und legt dar, daß für sämtliche Fälle sog. Impfmetastase der exakte Nachweis, daß eine Impfmetastase vorliegt, nicht geführt worden ist.

11) Labhardt (Basel). Ein Fall von »Missed labour« bei Carcinoma uteri.

L. gibt eine genaue Krankengeschichte seines Falles und schließt daran eine Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle von Missed labour bei

Carcinoma uteri. In dem mitgeteilten Falle handelte es sich um ein zerfallendes Cervixkarzinom, Gravidität über den Termin (Frucht tot), Zersetzung des Uterusinhaltes. Als Indikation zur Operation galt: Missed labour, Unmöglichkeit, die Geburt durch die Scheide herbeizuführen und Fäulnis der Frucht. Es wurde die Sectio caesarea nach Porro ausgeführt (Prof. v. Herff). Vorwälzen des Uterus und Einnähen in die Bauchwunde, querer Fundalschnitt, Entfernung der faultoten, ausgetragenen Frucht und lose liegenden Placenta ohne Blutung, Amputation des Uterus, extraperitoneale Stumpfversorgung. Einige Stunden später Exitus letalis.

12) Schickele (Straßburg i/E.). Weitere Beiträge zur Lehre der mesonephrischen Tumoren.

Der eine Tumor war ein kirschkerngroßes, weiches, auf seiner Basis verschiebliches Knötchen, das im oberen Drittel der rechten kleinen Labie, fast bis an den Sulcus interlabialis lateralwärts reichend, gesessen hatte. S. gibt eine genaue Beschreibung des Tumors, der zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung in Folgeschnitte zerlegt wurde. Auf Grund derselben spricht Verf. den Tumor als ein Adenom an, hervorgegangen aus Resten des Wolff'schen Ganges. Außerdem ließen sich in dem lockeren subkutanen Gewebe in der Umgebung des Tumors eigentümliche Kanäle nachweisen, von denen Verf. glaubt, daß es sich um einen abnorm weit erhaltenen distalen Abschnitt des Wolff'schen Ganges oder um versprengte Reste von diesem handelt.

Der zweite beschriebene Tumor war nußgroß, hart, saß etwas oberhalb der Mitte der hinteren Wand der Scheide. Während die Scheidenschleimhaut sich leicht ablösen ließ, saß der Tumor auf der vorderen Rektalwand so fest, daß ein Stück davon mit entfernt werden mußte. Der Uterus wurde, da an eine maligne (metastatische) Neubildung gedacht wurde, mitexstirpiert. Die Untersuchung desselben ergab aber nichts Besonderes; Reste des Wolff'schen Ganges wurden nirgends gefunden. Die genaue mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab die charakteristischen Bilder aus v. Recklinghausen's Tumoren. Der Tumor hat das Besondere, daß er das am weitesten distalwärts gelegene Adenomyom ist, das bisher bekannt ist. Es ist auf versprengte Teile des distalen Poles der Urniere zurückzuführen. **Reifferscheid** (Bonn).

Verschiedenes.

4) **Mayer** (Gießen). Ein Fall von Echinokokkus im Beckenbindegewebe.

Inaug.-Diss., Gießen, 1900.

Verf. teilt aus der Löhlein'schen Klinik einen Fall von Echinokokkus parametrii retrocervicalis multilocularis mit, der zu Verwechslung mit Myom Veranlassung gab. Es handelte sich um einen prallelastischen, zum Teil sich cystisch anfühlenden, kleinkindskopfgroßen, glatten, das kleine Becken ausfüllenden Tumor, der die hintere Muttermundslippe zum Verschwinden gebracht hatte. Außerdem Compressio vesicae und Cystitis. Diagnose: Erweichtes Cervixmyom. Beim Versuch der Enukleation vom hinteren Scheidengewölbe aus Einreißen der weißlichen Kapsel, Abgang einer klaren Flüssigkeit und dann einer Menge von größeren zusammengefalteten, fünfmarkstückgroßen und kleineren bis erbsengroßen Echinokokkenblasen. Multiple Verwachsungen; beim Lösen derselben wird die Wand des Rektum bis auf die Muskularis entblößt. Tamponade und Drainage nach der Vagina. Exitus an Peritonitis. Die Sektion ergibt außerdem einen Echinokokkus des Netzes und eine (schon post operationem diagnostizierte) markstückgroße Perforation des Rektum $13^1/_2$ cm oberhalb des Anus — also oberhalb des Operationsfeldes. Gegen die Diagnose Myom sprach das Alter der Pat. (57 Jahre); der späte Beginn ihrer Beschwerden (10 Jahre post climakterium), der in vita konstatierte Bauchtumor, für dieselbe eine beträchtliche Elongatio cervicis und

die Seltenheit von Cervixechinokokken. Aus der Literatur wurden noch 11 solcher Fälle gesammelt. **Bruno Bosse** (Chemnitz).

5) **Bruno Wolff II** (Berlin). **Beiträge zur pathologischen Histologie der Ovarien, mit besonderer Berücksichtigung der Ovarialcysten.**

(Virchow's Archiv Bd. CLXVI.)

Verf. hat 135 Ovarien aller Lebensalter im Berliner pathologischen Institute mikroskopisch untersucht. Seine Resultate sind folgende: 1) Eine isolierte Entzündung der Rinden- und Marksubstanz gibt es nicht. 2) Die eigentliche Parenchymschicht (Rinde) ist selbst dann am stärksten affiziert, wenn — wie bei Masern, Scharlach, Diphtherie — die Erreger der Entzündung durch die Blutbahn zugeführt werden. 3) Kleinzellige Infiltration besteht bei allerlei Infektionskrankheiten, wird aber auch durch einfache Stauung bei Morbus Basedowii, Vitium cordis, Uterustumoren z. B. erregt. 4) Sie ist meist um die Gefäße und Cysten angeordnet, für welch letztere die gleiche Entstehungsursache angenommen wird. 5) In chronisch erkrankten Ovarien ist die Rundzelleninfiltration spärlich. 6) Sehr starke diffuse Hyperämie erscheint bei allgemeiner Stauung durch Eklampsie, Rückenmarksgliom, Chorea, Magenkrebs; circumscripte Hyperämie dagegen um die Cysten herum. 7) Hämorrhagien der Albuginea ließen sich bei puerperaler Sepsis, Diphtherie, Endokarditis auffinden. 8) Cystenbildung, eine häufige Begleiterscheinung der Entzündungen, entsteht zweifelsohne auch durch Abschnürung aktiver Einsenkungen des Keimepithels, wie sie Verf. in 13 Ovarien sah. (Abbildung.) Davon gehörten 6 Kindern, die an akuten Infektionskrankheiten zugrunde gegangen waren. Es fehlten dabei die nach Nagel's Angabe hier vorhandenen perioophoritischen Schwarten; auch ist von Steffeck's narbigen Einziehungen abzusehen. 9) Häufiger sind Follikelcysten, die sich selbst nach dem Untergange des Eies noch vergrößern können. Einmal fanden sich in einer solchen Cyste luteïnzellenähnliche Gebilde, was für die Abkunft dieser aus dem Follikelepithel zu sprechen scheint. 10) Der Inhalt dieser Cysten ist eine Mischung von Liquor folliculi mit veränderten Epithelien, serösem Transsudat und Blutkörperchenresten. 11) Die Mehrzahl der Follikel geht durch Atresie zugrunde; das sind einmal die tiefer gelegenen bezw. durch Auflagerungen am Platzen verhinderte oder unreife, deren Innendruck nicht stark genug ist, um der andrängenden Theca Widerstand zu leisten. **Bruno Bosse** (Chemnitz).

6) **Flockemann** (Hamburg). **Zur operativen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen mit Berücksichtigung der Dauererfolge.**

(Jahrbücher der Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. VII. Jahrg. 1899/1900., Hamburg, **Leopold Voss**, 1902.

Die Arbeit stützt sich auf 74 Fälle aus dem Operationsmaterial von Dr. Kümmell. 49 dieser Fälle konnten nachuntersucht werden, außerdem kamen noch 23 von Schede, Sick und Rieder operierte Fälle zur Nachuntersuchung, also insgesamt 72 Nachuntersuchungen.

In knapper, übersichtlicher Weise bespricht F. kritisch die verschiedenen konservativen und operativen Behandlungsmethoden und schließlich eingehend die eigene Technik Kümmell's an der Hand einer ausführlichen Tabelle (I). In zwei weiteren Tabellen berichtet er ausführlich über die Resultate seiner 72 Nachuntersuchungen in Bezug auf Arbeitsfähigkeit, Ausfallserscheinungen, Ernährungszustand, Libido, Psyche und objektiven Befund.

Zum Schluß gibt er folgende Zusammenfassung:

1) Indikation und Art der Operation.

Die entzündlichen Adnexerkrankungen können in den frühen Stadien zur Restitutio ad integrum ausheilen, andererseits bedroht der sich selbst überlassene, fortgeschrittene Prozeß im allgemeinen das Leben nicht direkt.

Deswegen muß man konservativ vorgehen, soweit es die äußeren Verhältnisse gestatten: günstige soziale Lage, Möglichkeit, eine absolute Ruhe in jeder Beziehung hinreichend lange durchzuführen.

Ist das aber nicht der Fall, ist die Pat. gezwungen, zu arbeiten oder sind die Beschwerden dauernd unerträglich, so ist man berechtigt und verpflichtet, operativ vorzugehen.

Punktion und Drainage sind im allgemeinen langwierig und unsicher. Eine danach doch noch notwendige gründlichere Operation wird durch die gesetzte Fistel wesentlich gefährlicher und schwieriger.

Darum soll die Operation bestrebt sein, alles Kranke zu entfernen, aber sonst so konservativ als möglich sein: Gesunde Adnexe der anderen Seite erhalten, verschlossene Tuben ohne infektiösen Inhalt durch Salpingotomie wieder wegsam machen. Denn in beiden Fällen haben andere und wir Schwangerschaft wieder eintreten sehen.

Der abdominalen Methode geben wir den Vorzug vor der vaginalen, weil sie eine unvergleichlich viel bessere Übersicht gibt und nur sie uns verbürgen kann, daß alles Kranke entfernt wird, während die Dauererfolge im wesentlichen die gleichen sind.

2) Ergebnisse der Nachuntersuchung.

Mit dieser Methode hat Dr. Kümmell bei 68 operierten Fällen eine primäre Mortalität von 2,94%.

Die Arbeitsfähigkeit wurde bei 72 Nachuntersuchten wieder hergestellt in 88,9%, gebessert wurden 6,9%, ein negativer Erfolg war in 4,2% zu verzeichnen.

Bauchhernien fanden sich bei 12,5%, Diastase der Recti bei 11,1%.

Bleiben die Adnexe einer Seite oder nur ein Ovarium oder Reste davon zurück, so bestehen die Menses fort, Ausfallserscheinungen sind selten. Sind aber die Adnexe beiderseits vollkommen entfernt, so hört die Menstruation auf und Ausfallserscheinungen sind das Gewöhnliche. Nach einigen Jahren pflegen sie abzuklingen und ganz zu verschwinden.

Über ihre Beeinflussung durch Ovarialpräparate widersprechen die Urteile einander.

Die Libido ist nach der Operation erloschen bei 21,3%. Jedoch fehlte sie bei etwa dem vierten Teil aller Frauen stets überhaupt.

Die Psyche leidet nicht.

Ein auffallendes Fetterwerden nach der Kastration ist höchst selten.

Reifferscheid (Bonn).

7) **E. Herz** (Rzeszów). Ein Fall von rudimentärer Entwicklung der Vagina und des Uterus (Uterus unicornis sinister).

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 23—25.)

Das 20jährige Mädchen litt seit mehreren Monaten an sich steigernden Molimina. Das äußere Genitale gut entwickelt, das Vestibulum enge; der Introitus vaginae durch eine ovale, derbe, vorspringende Schleimhautfalte verschlossen; per rectum eine in der Gegend des Vaginalrohres befindliche, $1^1/_2$ Finger breite, mit nach beiden Seiten abgestumpften Bändern, horizontal und nach hinten aufwärts sich hinziehende, mäßig derbe, 6—7 cm lange Bindegewebsplatte, welche an ihrem oberen Ende einen 4—5 cm langen, abgerundeten, derben, nach links abgebogenen Körper trägt; dieser verjüngt sich nach aufwärts zu, ist beweglich und läßt keine Adnexe fühlen. H. inzidierte quer zwischen Urethra und Rektum, und arbeitete sich teils stumpf, teils scharf ca. 6 cm nach aufwärts, wo er dann die Portio darstellen konnte. Nachdem durch 5 Tage lang der so gebildete Kanal durch Jodoformgaze offen gehalten wurde, entzog sich die Pat. der weiteren Behandlung, bis mehrere Tage später H. wieder gerufen wurde. Es hatte sich die Scheide unmittelbar hinter dem Introitus wieder geschlossen und das Menstrualblut — die Periode war unterdessen eingetreten — den Kanal weit dilatiert. Eine Inzision entleerte den Hämatokolpos. Es wurde hierauf durch 6 Wochen das künstliche Vaginalrohr

durch dünne Spekula dilatiert; Pat. verheiratete sich 14 Tage später und hofft H., daß durch regelmäßige Kohabitation das Scheidenrohr offen bleiben kann.

Keitler (Wien).

8) **J. Bouman.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Gynatresien.

Inaug.-Diss., Amsterdam, 1902.

Verf. berichtet über 4 Fälle von Gynatresien aus der Amsterdamer Klinik. An der Hand dieser Krankengeschichten und der Literatur werden Ätiologie, Symptomatologie und pathologische Anatomie besprochen, wobei speziell die Bekämpfung der Theorie von Nagel-Veit einen großen Raum einnimmt.

Als Ursache des ersten Falles, wo makroskopisch, bei normaler Lage des Uterus, Cervix und Portio geschlossen scheinen, wurde eine Bildungsanomalie angenommen. Das linke Ovarium hatte blutigen Inhalt und die linke Tube war verdickt. In der Cervix und Portio ergab die mikroskopische Untersuchung kleine Öffnungen, die vom Verf. als Drüsenschläuche des Corpus uteri gedeutet werden, die in das, die atretische Stelle bildende Muskelgewebe hineingewachsen sein sollten. Muskosa und Corpus uteri zeigten Entzündungsvorgänge, die Verf. von einem früheren operativen Eingriffe herleitet. Bakteriologische Untersuchung negativ.

Beim zweiten Falle war der Cervicalteil des Uterus geschlossen. Hämatometra mit doppelseitiger Hämatosalpinx. Die Entzündungserscheinungen sind hier sehr ausgesprochen, doch will Verf. auch hier die Veit'sche Erklärung ausschließen dadurch, daß er annimmt, daß die Infektion erst sekundär vom Darme aus aufgetreten ist, nachdem durch die Spannung in der Wand des Hämatosalpinx, dieser teilweise durchgängig geworden. Bei diesem Falle zeigt die Uteruswandung auch an der Außenseite Mukosa und Drüsen, was sich nach Verf. für Bildungsanomalie als Ursache verwerten läßt. Interessant ist die Beobachtung, daß der Hämatolsalpinx links sich in sehr kurzer Zeit, also fast sicher durch Zurücklaufen des Blutes vom Uterus aus, gebildet hat.

Die beiden letzten Fälle wurden nicht mikroskopisch untersucht. Im dritten Falle, Uterus bicornis unicollis mit Hämatometra und rechts Hämatosalpinx mit Ovarialcyste, wurde supravaginal amputiert. Im letzten Falle war die ganze Uterushöhle atretisch und auf beiden Seiten leicht bluthaltige Tuben zu finden. Über die Ätiologie dieser zwei Fälle äußert Verf. sich nicht. **Scholten** (Leiden).

9) **B. J. Ferf.** Über das knotenförmige Carcinoma cervicis uteri.

Inaug.-Diss., Leiden, 1902.

Verf. gibt in vorliegender Arbeit eine genaue mikroskopische Beschreibung von 10 Fällen von knotenförmigen malignen Cervixtumoren und findet darunter 3 Fälle von Plattenepithelkrebs, 2 von Adenokarzinom, wo der Übergang vom normalen auf wucherndes Cervixdrüsengewebe nachzuweisen war, ein Adenokarzinom, wo dieser Übergang fehlte, ein Fall von Sarkom und einer von Hämangioendotheliom. In 2 Fällen war die Histogenese nicht deutlich. Aus dieser Untersuchung wird die Folgerung gemacht, daß die sich im Cervix uteri entwickelnden Knoten nur selten in genetischem Zusammenhange mit den Endothelien stehen.

Die Literatur über Endotheliom und speziell die über Uterusendotheliom wird eingehend besprochen und daraus nachgewiesen, daß das cervicale Endotheliom fast immer die Knotenform zeigt. Der Begriff des Cervixknotens ist nach Verf. nur makroskopisch, hat aber praktischen Wert. Die Fälle von Cancroid der Cervix sind dem gewöhnlichen Cancroid der Portio entgegen klinisch sehr maligne und zeigen sehr früh Drüsenmetastasen. **Scholten** (Leiden).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 13. Sonnabend, den 28. März. 1903.

Inhalt.

I.

Zur Radikaloperation der Nabelbrüche und der epigastrischen und subumbilikalen Hernien der Linea alba.

Von

Prof. **Menge** in Leipzig.

Trotz der Verbesserungen, welche schon vor ca. 10 Jahren von Condamin und Bruns durch die Omphalektomie, von Gersuny durch die besondere vertikale Vernähung der geraden Bauchmuskeln und von Biondi durch die abwechselnd vertikale und transversale Vereinigung der einzelnen Bauchschichten für die Radikaloperation der Nabelbrüche angegeben wurden, sind die Dauerresultate dieser Operationsmethode wie auch der analog ausgeführten Radikaloperation der epigastrischen und der subumbilikalen Hernien der Linea alba immer noch recht schlechte.

Der seitliche Zug der queren und schrägen Bauchmuskeln einerseits und der intraabdominelle Druck in seinen großen Schwankungen andererseits beeinflussen auch die per primam intentionem neu gebildeten Narben vielfach so ungünstig, daß nach einiger Zeit das alte Leiden wiederkehrt.

Der Wirkung des Muskelzuges kann man dadurch mit Erfolg begegnen, daß man, wie Bumm es für die operative Behandlung großer Bauchnarbenbrüche empfohlen hat, das angefrischte Fasciengewebe in querer Richtung vernäht. Die jetzt wohl allgemein geübte totale Exstirpation des Bruchsackes mit Exzision des Bruchringes ist also am besten so auszuführen, daß schon der myrthenblattförmige Hautschnitt in querer Richtung über den Herniensack hinzieht, damit man mit dem Fascienschnitte den Bruchring bequem so umgreifen kann, daß die Vernähung der Fascienränder in transversaler Richtung nicht auf Schwierigkeiten stößt. Bruns empfahl noch für die Omphalektomie, die den Bruchring umfassenden Inzisionen vertikal anzulegen. Bei dieser Schnittführung ist aber die Vereinigung der Fascienränder in querer Richtung unmöglich.

Auch der üble Einfluß des intraabdominellen Druckes der jungen Narbe gegenüber läßt sich dadurch einschränken, daß man durch Überlagerung von Muskulatur die Bruchnarbe verstärkt. Zu diesem Zwecke hat Gersuny, wie ich bereits erwähnte, nach der Schließung des Bruchringes die vorderen Lamellen der Rektusscheide parallel zur Körperlängsachse dicht am Rande der Rekti gespalten, beiderseits die geraden Bauchmuskeln von den Fascienblättern losgelöst und dann die Muskelbäuche in der Mittellinie durch Nähte zusammengezogen. Hierdurch wird zweifellos zunächst eine Verstärkung des geschlossenen Bruchringes den Einwirkungen des intraabdominellen Druckes gegenüber zustande gebracht. Dem seitlichen Zuge der queren und schrägen Bauchmuskeln ist aber nach wie vor Gelegenheit gegeben, die vertikal verlaufende Fasciennarbe und damit auch die durch eine schmale Bindegewebsnarbe in der Mittellinie verbundenen Bäuche der Musculi recti wieder auseinander zu ziehen. Will man diese letztere Möglichkeit ausschalten, ohne zugleich auf die Verstärkung des vernähten Bruchringes durch eine Muskelpelotte zu verzichten, dann muß man das Operationsverfahren Biondi's anwenden, bei welchem die Rektusscheiden transversal, die Muskeln aber vertikal vereinigt werden.

Auf die Biondi'sche Methode wurde ich durch einen Vortrag aufmerksam gemacht, welchen vor kurzem Pfannenstiel über den suprasymphysären Querschnitt in der Januarsitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig gehalten hat. Pfannenstiel bemerkte im Verlaufe seiner Ausführungen, daß der Fascienquerschnitt mit weiter Ablösung der Muskelunterlage von der Fasciendecke und die dann folgende vertikale Vereinigung der Musculi recti und die transversale Vernähung der Fascienränder sich vorteilhaft auf die opera-

tive Behandlung von Bauchnarbenbrüchen übertragen lasse. Durch die flächenhafte Aufheilung der quer gespaltenen Fascie auf die vertikal vernähte Muskelunterlage komme eine so starke Verbindung zwischen den beiden Gewebsschichten zustande, daß diese sich gegenseitig am Auseinanderweichen hindern. Die Musculi recti sträuben sich infolge ihres Faserverlaufes gegen eine Dehnung der transversalen Fasciennarbe und die quergespaltene Fascie trotzt dem parallel zum Fascienspalt wirkenden Zuge der Musculi obliqui und transversi und verhütet dadurch die Dehnung der vertikalen Muskelnarbe. Natürlich kommt diese Wechselwirkung nur dann zustande, wenn breite Flächen der beiden Schichten miteinander verwachsen.

Dieser Vorteil erschien mir sehr bedeutungsvoll. Ich beschloß deshalb sofort, außer bei Bauchnarbenbrüchen auch bei subumbilikalen, epigastrischen und umbilikalen Hernien in der genannten Weise therapeutisch vorzugehen.

Der Zufall hat es gefügt, daß ich sehr bald in die Lage kam, zwei größere Nabelhernien und einen sehr umfangreichen subumbilikalen Bruch im Sinne Pfannenstiel's radikal zu operieren. Ich sage absichtlich im Sinne Pfannenstiel's, weil es mir bei den Eingriffen darauf ankam, durch die transversale Naht der Fascienblätter und die Vereinigung der Muskelbäuche in vertikaler Richtung nicht lediglich eine Kreuzung der Nahtlinien, sondern eine möglichst breite flächenhafte Verklebung der Fascie mit dem Muskel an der ursprünglichen Bruchstelle herbeizuführen.

Wie weit Biondi sich bei seinem Operationsverfahren auch schon von diesem Gesichtspunkte hat leiten lassen, habe ich leider nicht in Erfahrung bringen können, da mir seine italienische Originalarbeit nicht zugänglich war. In einem seine Arbeit ganz kurz besprechenden Referate des Zentralblattes für Chirurgie sind Einzelheiten über sein Verfahren nicht zu finden. Man ersieht aus demselben nur, daß das Peritoneum und die hintere Rektusscheide transversal, die Musculi recti vertikal, die vordere Rektusscheide wieder transversal, die Haut endlich in der Richtung der Schnittführung wieder vertikal vernäht wurde. In dieser Weise kann man aber ohne besondere Maßnahmen der Fascie gegenüber nicht vorgehen, da in der Mittellinie die beiden Blätter der beiden Rektusscheiden sich unter Faserkreuzung fest miteinander zur Linea alba verfilzen. Eine durchgehende isolierte transversale Naht der hinteren und der vorderen Blätter der Rektusscheiden wird nur dann möglich sein, wenn man in der Mittellinie den oberen und den unteren Fascienrand durch eine Lappenspaltung scharf in zwei Lager teilt. Von Sänger ist ein derartiges Dedoublement der Fascie für den ganzen Nabelbruchring schon früher empfohlen worden. Wollte man oberhalb der Linea semicircularis Douglasii ohne diese Lappenspaltung der Aponeurose in der Mittellinie eine transversale Naht der Fascienränder ausführen, so würde eine Zusammenlagerung der Ränder der

Musculi recti und damit eine vertikale Vernähung derselben in der Mittellinie überhaupt unmöglich sein.

Wird die Lappenspaltung nur in mäßigem Grade durchgeführt, so kommen auch die Rekti nur auf eine ganz kurze Strecke in der Mittellinie zusammen. Auf den von Pfannenstiel so sehr betonten Vorteil einer breiten flächenhaften Verwachsung zwischen Muskel- und Fasciendecke, muß man dann natürlich verzichten.

Nimmt man dagegen die Lappenspaltung ausgiebig vor, so kann man wohl breite Muskelpartien in der Mittellinie zusammenziehen und zur flächenhaften Vereinigung mit den Fascienblättern bringen; aber man verursacht dann sehr leicht eine Fensterbildung entweder in dem vorderen oder in dem hinteren Fascienlager. Dieser letztgenannte Nachteil ist gewiß nicht unbedenklich. Trotzdem habe ich diesen Operationsweg bei zwei Fällen von Nabelhernie gewählt.

Bei dem ersten Falle handelte es sich um einen mittelgroßen Nabelbruch bei einer 42jährigen Frau, welche neun Kinder geboren hatte. Die Unbequemlichkeiten, welche die Nabelhernie verursachte, traten den Beschwerden, die durch einen großen Genitalprolaps veranlaßt wurden, gegenüber in den Hintergrund. Da der Vorfall mit einer ausgedehnten Cystocele vaginalis verbunden war, wurde die Prolapsoperation nach Wertheim ausgeführt. Diesem Eingriffe wurde die Radikaloperation der Nabelhernie mit Omphalektomie in folgender Weise vorausgeschickt. Querovaläre Umschneidung des Nabels in großem Umkreise. Freilegung des Bruchringes, welcher nach Exstirpation des Bruchsackes allenthalben angefrischt wird. Vom Bruchringe aus wird nach beiden Seiten hin das vordere Blatt der Rektusscheide transversal bis ca. 3 cm über den medialen Rand der diastatischen Rekti gespalten. Hinter dem hierdurch geschaffenen Fascienquerspalt sieht man die Ränder der atrophischen Musculi recti und das hintere Blatt der Rektusscheide liegen. Hierauf folgt eine weite, vorwiegend stumpfe, teilweise auch scharfe Ablösung der Musculi recti von dem vorderen und hinteren Blatte der Rektusscheide. Dabei werden die Gefäße, so gut es geht, geschont und eine exakte Blutstillung durchgeführt. Mit den Zeigefingern werden nun beiderseits oberhalb und unterhalb der Bruchpforte zwischen den diastatischen Muskeln das vordere und hintere Blatt der Rektusscheide bis zur Mittellinie stumpf auseinander gedrängt. In der Mittellinie selbst ist eine stumpfe Trennung unmöglich; deshalb wird hier das verfilzte Fasciengewebe durch einen auf den Fascienrand geführten transversalen Schnitt ca. 3 cm weit nach oben und nach unten in ein vorderes und hinteres Lager gespalten. Es folgt eine transversale isolierte Vernähung der hinteren Rektusscheide. Dann werden die mobilisierten Muskelbäuche der Rekti in der Mittellinie durch Knopfnähte auf eine Strecke von ca. 6 cm zur Vereinigung gebracht und der lange Querspalt der vorderen Rektusscheiden durch eine fortlaufende Naht verschlossen. Fortlaufende isolierte Fett- und Hautnaht.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um eine 44jährige Frau, welche zwei ausgetragene Kinder geboren hatte, und bei der neben dem großen Nabelbruche auch noch eine sehr ausgedehnte subumbilikale Hernie der Linea alba bestand. Seit Jahren schon hatte die Kranke heftige Beschwerden von Seiten ihres Verdauungskanales, vielfach Erbrechen und Aufstoßen und heftige Schmerzanfälle im Leibe. In der letzten Zeit stellten sich die Krankheitssymptome in verstärktem Maße ein, und seit ca. zwei Tagen sind ausgesprochene Einklemmungserscheinungen vorhanden. Bei der Operation wurde in folgender Weise verfahren. Zunächst wurde die Haut zur Freilegung des Bruchsackes der subumbilikalen Hernie ca. vier Querfingerbreiten unterhalb des Nabels in querer Richtung weit eingeschnitten, und nach Durchtrennung der Fettschicht der große Bruchsack, durch dessen Wand rötlich gefärbtes Bruchwasser hindurchschimmerte, eröffnet. Das Bruchwasser fließt in reicher Menge ab. Der Bruchsack ist sehr kompliziert gestaltet, besteht aus einer großen Anzahl von einzelnen Taschen, in welche Netzpartien hineingeschlüpft sind, die fast alle mit der Bruchsackwand verwachsen sind. Aus mehreren Taschen wird noch abgesacktes Bruchwasser entleert. Nachdem das Netz überall von der Wand des Hauptsackes und der Nebentaschen losgelöst ist, läßt sich der Bruchring übersehen. Dabei wird die Wandausstülpung einer Darmschlinge innerhalb des Bruchsackes sichtbar, welche blaurot verfärbt erscheint, aber von einer spiegelnden Serosa überzogen ist. Dieselbe schlüpft bei einer Verziehung des vollständig abgelösten Netzes plötzlich in die Bauchhöhle zurück. Es bestand also ein eingeklemmter Darmwandbruch neben der Netzhernie.

Der Bruchsack wird nun total exstirpiert, das Netz teilweise reseziert und reponiert und der große Bruchring querovalär umschnitten. Da der Bruchring unterhalb der Linea semicircularis Douglasii liegt, gestaltet sich die weitere Operation im Sinne Pfannenstiel's sehr einfach. Es wird das Aponeurosenlager vom Bruchringe aus nach beiden Seiten hin ca. 4 cm weit in transversaler Richtung gespalten, die Fasciendecke in ausgiebigster Weise beiderseits von der Muskelunterlage stumpf und scharf abgelöst, dabei exakte Blutstillung ausgeführt und späterhin, nachdem die Radikaloperation der gleichzeitig bestehenden Nabelhernie beendigt ist, die Bauchwand in ihren Schichten so zum Verschlusse gebracht, daß das Peritoneum fortlaufend vertikal vernäht wird, die mobilisierten, stark diastatischen Bäuche der Rekti durch Knopfnähte in der Mittellinie auf eine lange Strecke aneinander gezogen werden und hierauf der Fascienspalt in transversaler Richtung durch eine fortlaufende Naht geschlossen wird. Die Nahtlinien der Muskulatur und der Aponeurose kreuzen sich demnach und Muskulatur und Fasciendecke sind schließlich an der Stelle des ursprünglichen Bruchringes in breiter Fläche aufeinander gelagert. Die Nabelhernie, in deren Bruchsack gleichfalls eine größere Netz-

partie adhärent war, wurde vorher nach derselben Methode operiert, die bei dem ersten Falle in Anwendung kam. Bei der Lappenspaltung der Aponeurose in der Mittellinie war es bei diesem Falle von Nabelbruch zur Bildung kleiner Fascienfenster gekommen, die aber sofort durch die Naht wieder verschlossen wurden.

Bei beiden Kranken war die Wundheilung eine ungestörte, so daß man eine breite primäre Aufeinanderheilung des Muskel- und Aponeurosengewebes und damit ein gutes Dauerresultat erhoffen darf.

Der ganze Operationsmodus hat mich deshalb durchaus befriedigt.

Trotzdem werde ich in Zukunft bei der Operation von Nabelbrüchen und epigastrischen Hernien eine Modifikation treffen, durch welche es verhütet werden soll, daß in dem für die Festigkeit der Bauchdecken besonders wichtigen vorderen Blatte der Rektusscheiden eine Schwächung der Mittellinie, wie sie die Lappenspaltung mit sich bringt, zustande komme. Wenn die beiden Fascienblätter bis zur Mittellinie durch die Zeigefinger stumpf auseinander gedrängt sind, werde ich beiderseits die hinteren Blätter der Rektusscheide von der verfilzten Fascienmittellinie durch vertikal verlaufende Scherenschnitte nach oben und nach unten lostrennen. Nach der Peritonealnaht müssen dann zunächst die Ränder der hinteren Aponeurosenblätter in vertikaler Richtung isoliert wieder miteinander vernäht werden. Auf diese Weise konserviert man die Mittellinie des Fascienlagers in ihrer ursprünglichen Stärke. Außerdem ermöglicht man eine ausgedehnte Aneinanderlagerung der mobilisierten Rekti unterhalb der quer gespaltenen Fascienblätter und damit eine breite flächenhafte Verwachsung dieser mit der Muskulatur im Sinne Pfannenstiel's.

Zwei Bedenken sind mir bei der Ausführung des geschilderten Operationsverfahrens entgegen getreten. Das erste betrifft die Bildung subfascialer Hämatome mit ihren Folgen für die Wundheilung; das zweite rechnet mit der Möglichkeit einer Ernährungsstörung der zumeist von Hause aus schon atrophischen Muskeln und Fascien, und einer dadurch sich allmählich noch steigernden Atrophie der vorderen Bauchwand. Über die Berechtigung oder Grundlosigkeit dieser Bedenken kann aber erst nach weiterer Erfahrung etwas Sicheres ausgesagt werden.

Literatur:

R. Condamin, De la cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie totale. Arch. prov. de chir. T. II. p. 325.

Gersuny, Radikaloperation großer Nabelbrüche. Zentralblatt für Chirurgie 1893. Nr. 43.

Bruns, Die Omphalektomie bei der Radikaloperation der Nabelbrüche. Zentralblatt für Chirurgie 1894. Nr. 1.

Biondi, Zur Radikalbehandlung der Nabelbrüche. Clinica chirurgica 1895. Nr. 8; citiert nach Zentralblatt für Chirurgie 1895. Nr. 50.

Sänger, Zur Radikaloperation großer, nicht eingeklemmter Nabelbrüche. Zentralblatt für Gynäkologie 1890. Nr. 27.

Bumm, Operative Behandlung großer Ventralhernien. Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte. München 1899. II. p. 157.

Pfannenstiel, Über die Vorteile des suprasymphysären Fascienquerschnittes für die gynäkologischen Köliotomien etc. Sammlung klin. Vorträge. N. F. Nr. 268. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1900.

Tiegel, Über die Vorteile des suprasymphysären Fascienquerschnittes nach Pfannenstiel. Inaug.-Diss., Breslau, 1901.

Graser, Die Lehre von den Hernien. Handbuch der praktischen Chirurgie p. 1049 u. ff. Stuttgart, 1902.

II.

(Aus der kgl. Entbindungsanstalt zu Kopenhagen.)

Ein Fall von Lateralschnitt durch das Os pubis nach Gigli.

Von

Prof. **Leopold Meyer.**

Es braucht wohl keine Entschuldigung, hier eine kurze Mitteilung über einen Fall von Pubiotomie zu machen.

L. Nr. 21/1903 trat am 6. Januar a. c. um 5 Uhr a. m. in die kgl. Entbindungsanstalt zu Kopenhagen ein. 24jährige IIpara. Erste Geburt vor 14 Monaten, schwierig, durch Kunsthilfe beendet, Kind totgeboren. Sie ist jetzt am Ende ihrer zweiten Schwangerschaft. Als Kind Rachitis, fing erst mit dem 3. Jahre zu gehen an; sonst immer gesund. Die Wehen setzten um Mitternacht ein, die Blase sprang um 4 Uhr morgens. — Kleine, grasile Frau; Caput quadratum. Allgemein verengtes, plattes, rachitisches Becken (Sp. 24; Cr. 27; Tr. 29; D. B. 18; Conj. diag. konnte erst nach der Symphyseotomie gemessen werden, gut 9; Conj. vera auf 7—7,5 geschätzt). I. Hinterhauptslage. Muttermund 5 cm. Mutterhals verstrichen. Blase gesprungen. Kopf beweglich über dem Beckeneingange. Wehen kräftig. — Da der Kopf nicht eintreten wollte, sich dagegen mit jeder Wehe stark über die Schamfuge hervorwölbte, und da sich allmählich die Kontraktionsfurche — unter starker Spannung des linken Lig. rotund. — der Nabelhöhe näherte, schritt ich um $10^1/_2$ Uhr a. m. zur Entbindung mittels Beckendurchsägung (rechts). Die Technik Gigli's[1] war mir im Momente nicht detailliert präsent, und bin ich in einigen Punkten von derselben abgewichen. Den Weichteilschnitt habe ich z. B. nicht schräg, sondern der Mittellinie parallel gemacht, und die Drahtsäge habe ich in der Weise angelegt, daß ich erst den Zeigefinger von unten her hinter den Knochen gebracht, dann von oben her den Schlingenführer auf diesen Finger geleitet habe. Die Durchsägung gelang mit erstaunender Leichtigkeit. Die Achsenzugzange führte jetzt den Kopf spielend leicht durch das Becken; die Knochenwunde klaffte hierbei kaum 5 cm. Keine Weichteilverletzung. Versenkte Silberdraht-Knochennaht. Weichteilnaht in drei Etagen. Ein dünnes Drainrohr wurde hinter die Knochenwunde gelegt und am unteren Ende des Hautschnittes herausgeführt. — Das Wochenbett verlief sehr günstig, fast fieberlos (ein paar Mal Abends 38,1). Die nach der Symphyseotomie sonst so überaus schwierige Nachbehandlung wurde in diesem Falle sehr erleichtert und vereinfacht durch Anwendung der mechanischen Bahre von Borries (bei Nyrop in Kopenhagen verfertigt). Das Drain wurde am 6. Tage entfernt. Am 17. Tage schien das Becken ganz fest zu sein; deutlicher, aber nicht großer Kallus. Vorsichtshalber ließ ich erst am 21. Tage die Pat. das Bett verlassen, und nach wenigen Tagen

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1902. p. 1302.

ging sie völlig frei umher. Am 30. Tage wurde sie der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Kopenhagen vorgestellt. Der Gang ist frei und natürlich; sie steht ohne Schwierigkeit auf einem Fuße (rechts ebenso gut wie links). Die Vereinigung des Knochens ist glatt ohne irgend welche Verschiebung. Die Mutter hat ihr Kind selbst gestillt. Dasselbe, ein Knabe, 3700 g, 51 cm bei der Geburt, wog bei der Entlassung 4500 g.

Meine persönliche Erfahrung mit der Symphyseotomie (sensu strict.) ist eine ziemlich beschränkte, indem ich nur 4 Fälle operiert habe. Alle vier sind geheilt; aber in keinem der Fälle ist die Heilung so ungestört von statten gegangen, in keinem Falle habe ich ein so sicheres Gefühl von völliger Restitutio ad integrum gehabt wie nach dieser Pubiotomie. Auch seitens der Harnwege waren die Störungen sehr gering: nur die ersten 4 Tage mußte Pat. katheterisiert werden, dann urinierte sie von selbst. Eine Cystitis wurde durch prophylaktische Blasenspülung mit Höllensteinlösung (wie wir es immer machen, wenn die Katheterisation wiederholt werden muß) verhütet.

Gegen die Durchsägung des Beckens nach Gigli kann m. E. nur auf einem Punkte Bedenken erhoben werden. Ist es sicher, daß das kleine Knochenstück, das mit der Symphyse in Verbindung bleibt, immer hinlänglich ernährt wird? Ich glaube die Frage muß bejaht werden; es empfiehlt sich doch aber gewiß, genauere Studien über den Verlauf der ernährenden Gefäße zu machen.

III.

Eine neue Methode der Prolapsoperation.

Von

Dr. A. Rieck in Altona.

Seitdem man sich nicht mehr mit einfachen, die Scheide verengernden Operationen begnügte, sondern in Verbindung damit den Uterus, wenn er retroflektiert war und durch sein Descendieren die Scheide erweitert und mit hinuntergezogen hatte, in Anteflexion fixierte oder, wenn er normal lag, die für sich descendierte Scheide nach Abschiebung der Blase an den Uterus anheftete, ist der Dauererfolg nach Prolapsoperation um vieles besser geworden als früher, gleichgültig, welche spezielle Methode man zur Verengerung der Scheide bevorzugte.

Man darf jetzt tatsächlich bei einer Frau mit Totalprolaps von Gebärmutter und Scheide, die sich schon in klimakterischen Jahren befindet, volle Garantie gegen Rezidiv übernehmen, wenn man bei ihr die vorn ganz vom Uterus abgelöste Blase mit ihrem Peritoneum auf die Rückseite desselben anheftet und dann auf die ganze Vorderseite bis über die Kuppe des Fundus hinaus die genügend verschmälerte vordere Scheidenwand aufnäht.

Ich habe in dieser Weise schon mehrfach operiert und nie ein Rezidiv gesehen. Dieses Verfahren unterscheidet sich von dem Dührssen'schen durch die Vernähung der Blase auf der Rückseite des Uterus, von dem Wertheim'schen dadurch, daß man den Uterus vorn ganz mit Schleimhaut bedeckt und das sekundäre Verheilen der nackt in die Scheide dislozierten Gebärmutter vermeidet.

Da der Uterus in extrem anteflektierter Lage zwischen Scheidenwand und Blase absolut festliegt, kann er nicht mehr vorfallen und ebenso ist die Blase verhindert, da der Uterus sie von der Scheidenwand vollständig trennt, die letztere wieder vorzudrängen. Eine hohe und kräftig angelegte Perineauxesis hält die gleichfalls verschmälerte hintere Scheidenwand stets so weit zurück, daß sie nicht zum Vorschein kommt, selbst wenn sie sich in der Scheide wieder etwas dehnen sollte.

Auf diese Weise ist die Pat. von ihrem Leiden definitiv erlöst. Die Schleimhaut ist aber auch hier durch die notwendige Verengerung und Spannung gedehnt und dünn, und die Scheide selbst oft so eng, daß der Coitus, zumal der Mann im entsprechenden Alter meist auch nicht mehr besonders potent ist, sehr erschwert oder ganz unmöglich wird.

Bei Frauen in gebärfähigem Alter ist ein so radikales Vorgehen nicht gestattet. Man erreicht trotzdem auch bei ihnen mit der Kolporrhaphie und der niederen Vaginifixur, die ja noch niemals Geburtsstörungen gemacht hat[1], bedeutend bessere Resultate als früher, aber die in größerer Ausdehnung vorn bleibende Blase kann doch leichter wieder zur Cystokelenbildung Veranlassung geben und es kann vorkommen, daß die durch ausgiebige Resektion verengte, aber auch geschwächte Scheidenwand den nur niedrig fixierten Uterus nicht hält, daß letzterer wieder retroflektiert, selbst wenn die Vaginifixurnarbe fest bleibt. Ich habe zwei solche Fälle gesehen (einer von meinem Vorgänger, einer von mir selbst operiert), in denen der Uterus, ziemlich dicht nach der Symphyse zu an die Scheide fixiert, sich um den Fixationspunkt drehte und die Portio aus der ganz verengten Scheide vorn herauskam.

Auch für isolierte Rektokelen, die ja seltener sind als die Cystokelen, ist man noch immer auf die alten Kolporrhaphie- und Perineauxesismethoden angewiesen, welche absolute Rezidivfreiheit keineswegs verbürgen.

Alle diese geschilderten Nachteile, allzugroße Enge der Scheide, Dünnheit und Atrophie der Schleimhaut, mangelnde Sicherheit vor Rezidiven, können vielleicht durch meine neue Methode beseitigt werden.

Nach derselben spannt man mit vier Kugelzangen die vordere Scheidenwand in der gewohnten Weise und Ausdehnung an, so daß

---

[1] Cf. meine Arbeit aus der Martin'schen Klinik »Vaginifixur und Geburt«. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.

die bekannte myrthenblattähnliche Figur entsteht. Dann macht man in der Mittellinie einen Längsschnitt und präpariert nun wie sonst die eine Hälfte möglichst dick ab, ohne sie abzutrennen; die andere Hälfte frischt man nur oberflächlich mit Messer oder Schere an. Mit fortlaufendem Katgutfaden von der Urethralgegend anfangend, näht man nun den medianen Rand der nicht abpräparierten Hälfte in den Wundwinkel, der zwischen der abgelösten Hälfte und ihrer früheren Unterlage sich befindet (cf. Fig. 1). An das untere Ende nahe der Portio gekommen, sticht man in die abpräparierte Schleimhautpartie aus und näht nun rücklaufend (cf. Fig. 2) diese mit ihrem medianen Rande auf die nur wund gemachte Hälfte da an, wo sonst der seitl. Kolporrhaphieschnitt hinkommt, und endigt mit einem Schlußknoten nahe der Urethralöffnung.

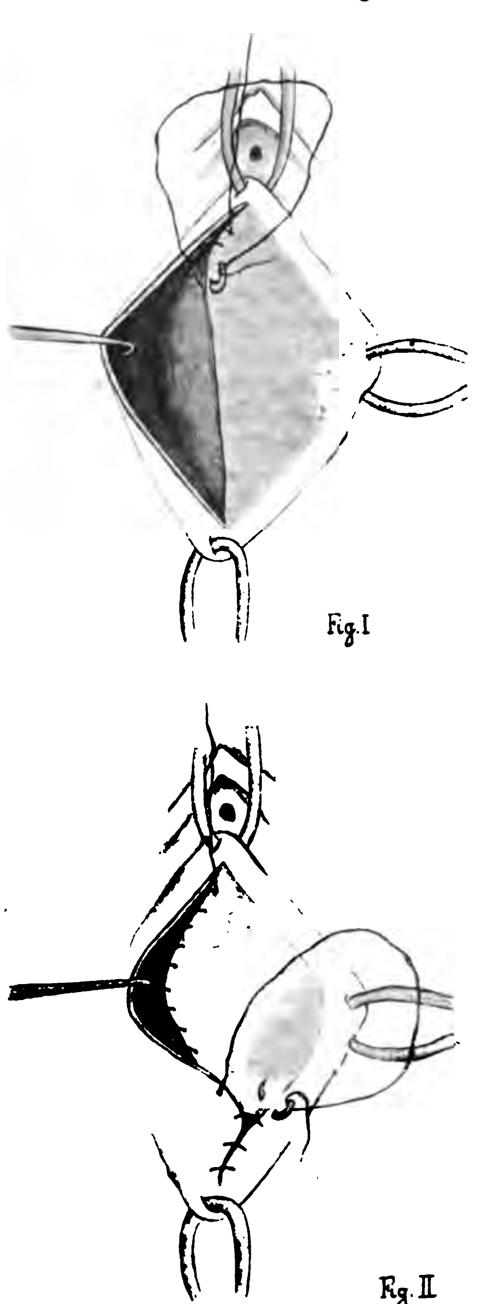

Fig. I

Fig. II

So ist die Schleimhaut der einen Seite mit ihrer Unterlage über die ganze vordere Breite der Scheide gespannt, und die kräftige Schleimhaut der anderen Seite noch auf diese gespannte Fläche aufgenäht. Es würde danach gar keine Schleimhaut wegfallen. Das ist aber, da so nur die Hälfte einer Verengerung zustande kommt, wie sie bei derselben Kolporrhaphiefigur nach der alten Weise erreicht wird, in manchen Fällen ungenügend.

Man kann nun ein beliebiges Maß der Verengerung erzielen,

wenn man an Stelle des ersten Schnittes in der Mitte ein mehr oder weniger breites Oval ausschneidet und entfernt und dann die restierenden verschmälerten Hälften in genau der hier beschriebenen Art aufeinander befestigt.

In ähnlicher Weise verfährt man an der hinteren Scheidenwand. Auf die einzelnen Modifikationen dabei will ich nicht eingehen; sie ergeben sich jedem von selbst. Eine Perineauxesis nach Hegar bildet den Abschluß.

Sehen wir nun zu, was mit dieser Methode erreicht wird. Bei der gewöhnlichen Kolporrhaphie wird die Scheidenschleimhaut durch die notwendige Spannung schon bei der Operation verdünnt, und hat die Scheide gerade da, wo sie am meisten den abdominellen Druck auszuhalten hat, eine oft wenig widerstandsfähige Narbe aufzuweisen, deren Dehnung in Verbindung mit der übrigen schon geschwächten Schleimhaut das Rezidiv ermöglicht. Dagegen ist nach meiner Methode gerade an den schwachen Stellen die Scheidenwand verstärkt, ja fast verdoppelt, liegen die tiefere bindegewebige Narbe und die oberflächliche Schleimhautnarbe nicht übereinander, sondern getrennt und ganz seitlich, so daß sie gewissermaßen beide dem Drucke entrückt sind, während in der Mitte derselbe abdominelle Druck nicht wie sonst dehnend und sprengend auf eine schmale Narbe, sondern zusammendrängend und befestigend auf eine ganz breite Verbindung der Schleimhauthälften wirkt.

Diese Feststellungen ergeben zur Genüge, warum man bei einer so verengten Scheide viel größere Sicherheit gegen Rezidiv annehmen muß und warum man die Scheide nicht so eng zu machen braucht als wie bisher, da ja eine nachträgliche Narbendehnung ausgeschlossen erscheint.

Die ganze Methode steht und fällt natürlich mit der Entscheidung der Frage, ob die abgelöste Schleimhaut mit ihrer wunden bindegewebigen Fläche auf die andere mit ihrer wundgemachten Epithelfläche anheilt oder nicht.

Ich habe nun bis jetzt erst vier Fälle in dieser Weise operiert, und zwar wurden gemacht zweimal Kolporrhaphia ant. et post. et Perineauxesis bei normal gelagertem Uterus, einmal diese Operationen in Verbindung mit der niederen Vaginifixur bei Totalprolaps von Gebärmutter und Scheide eines 20jährigen Mädchens und einmal diese Operationen in Verbindung mit auf der Höhe des Fundus ausgeführter Vaginifixur bei Totalprolaps einer im klimakterischen Alter stehenden Patientin.

In allen Fällen war Schleimhaut auf Schleimhaut aufgeheilt, sah die Scheidenwand sehr kräftig aus und behielt sogar ihre Querrillen, wenn sie vorher vorhanden waren, kamen Narben gar nicht zu Gesicht, da sie seitlich in die Umschlagswinkel fallen, und war auch bei der Nachuntersuchung 3 Wochen nach der Entlassung nicht die geringste Neigung zu erneutem Vordrängen vorhanden.

Nach diesen guten primären Resultaten stehe ich nicht an, schon

jetzt diese Methode den Fachgenossen zur Nachahmung und Prüfung vorzulegen. Naturgemäß kann eine solche Prüfung an den großen allgemeinen Kliniken viel leichter und ausgiebiger geschehen als an einer Privatklinik, in der neue Methoden gar nicht oder nur mit großer Vorsicht probiert werden dürfen.

Viele Fragen sind ja noch zu beantworten, vor allem, ob wirklich Rezidive vollständig ausbleiben, in wie weit man, da spätere Narbendehnung nicht zu fürchten ist, mit dem Grade der Verengerung nachlassen kann, ferner wie am praktischsten die Vaginifixur mit dieser Methode verbunden wird (man muß auch von der stehenbleibenden Hälfte die Blase ablösen) und endlich, ob sich bei so kräftig und haltbar gemachter Scheide Geburtsstörungen einstellen.

Interessant wird auch sein, einmal später an exzidierten Stücken mikroskopisch zu erkennen, wie die Verheilung zwischen den Schleimhäuten zustande gekommen ist.

Sollten sich die gehegten Erwartungen auch praktisch an einem großen Materiale bewahrheiten, dann würde mit dieser Methode die Prolapsoperation eine noch dankbarere werden als sie schon jetzt vielfach ist, vor allem auch in den Händen derjenigen Operateure, die noch nicht zur Verwendung des Uterus dabei übergegangen sind.

Neue Bücher.

1) **Brauer** (Heidelberg). Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

Würzburg, **A. Stuber's** Verlag (**H. Kabitzsch**), 1903.

In dem Verlage von A. Stuber in Würzburg ist von B. eine neue Zeitschrift herausgegeben: »Beiträge zur Klinik der Tuberkulose«, welche sich zur Aufgabe gestellt hat, aus den verschiedenen klinischen Spezialgebieten Beobachtungsmaterial über die so vielfältigen Erscheinungen der Tuberkulose zu sammeln. Da auch auf unserem Sondergebiet die Tuberkulose eine bedeutsame Rolle spielt, dürfen wir hoffen, daß die Gynäkologen und Geburtshelfer nicht untätig sind, sondern ebenfalls Beiträge zu dieser Zeitschrift liefern. Andererseits werden wir bestimmt, da gerade die Genitaltuberkulose so äußerst selten primär auftritt, sondern meistens eine Teilerscheinung einer sonst im Körper lokalisierten Tuberkulose ist, auch für unser Gebiet aus der Förderung der Kenntnis der tuberkulösen Erkrankungen Anregung zu weiteren Arbeiten gewinnen.

Das erste Heft enthält Arbeiten von B. und Hofmann über die Verbreitung der Tuberkulose in Baden, speziell auch über das Auftreten der Tuberkulose in Cigarrenfabriken; außerdem eine Arbeit von Bettmann über den Lupus follicularis disseminatus. Die Ausstattung des Heftes ist als eine sehr gute zu bezeichnen.

Mit besonderer Freude hat Ref. schon in der Ankündigung des zweiten Heftes eine Arbeit aus unserem Spezialgebiet verzeichnet gefunden, und zwar von der so berufenen Feder Stöckel's: »Zur

Diagnose und Therapie der Blasen- und Nierentuberkulose bei der Frau«.

Die Beiträge erscheinen in völlig zwangloser Form, wodurch einmal dem Verleger die Möglichkeit gegeben ist, mit der Drucklegung schnell zu beginnen und andererseits dem Autor die größtmöglichste Sicherheit, daß das eingeschickte Manuskript nicht Monate lang im Schubfach der Redaktion unbeachtet liegt.

Referate bringen die »Beiträge zur Klinik der Tuberkulose« nicht, es erscheinen die Beiträge vielmehr in Form der bekannten Archive. Wir dürfen hoffen, daß diese neue Zeitschrift auch unter uns zahlreiche Verbreitung findet. **Krönig** (Jena).

---

2) **F. v. Winckel.** Über die Mißbildungen von ektopisch entwickelten Früchten und deren Ursachen.

Wiesbaden, J. F. **Bergmann**, 1902.

Die als Monographie erschienene Abhandlung dürfte für alle Zeiten als grundlegend in dieser höchst interessanten aber selbst in den neuesten Lehrbüchern noch gar nicht oder nur mangelhaft behandelten Frage zu gelten haben.

v. W. hat in dem vortrefflich ausgestatteten, mit 11 auf 9 Tafeln verteilten sehr instruktiven Abbildungen versehenen Werke alle bis dato in der Literatur bekannten Fälle von Mißbildungen der ektopisch entwickelten Früchte zusammengestellt und zum Schluß die über die einzelnen Fälle vorhandenen Daten tabellarisch verzeichnet.

Es sind im Ganzen 73 fremde und 14 eigene Beobachtungen. In 9 weiteren Fällen war die Mißbildung nur als solche erwähnt, im übrigen aber ohne nähere Beschreibung geblieben; sie sind deshalb nicht mit eingereiht worden.

Auf die Einzelheiten der höchst anregend und scharfsinnig behandelten Ausführungen über die verschiedenartigen Mißbildungen der Frucht selber, den Einfluß der Abnormitäten ihrer Adnexe, im besonderen der Placenta, sowie vor allem die in ihrer Klarheit unbedingt überzeugenden Erklärungsversuche über das Zustandekommen der Mißbildungen, wobei neben anderen der vielfach noch angezweifelten obwohl genau beobachteten aktiven Tätigkeit der Tubenmuskulatur eine hervorragende Rolle eingeräumt wird, kann hier nicht näher eingegangen werden; das muß im Original nachgelesen werden. Statt dessen mögen hier die Thesen Platz finden, die v. W. am Schluß seines dieser Abhandlung zugrunde liegenden, seinerzeit in München gehaltenen Vortrages als Fazit seiner Untersuchungen zur Diskussion stellte.

1) Verunstaltungen von Früchten in ektopischen Fruchtsäcken sind viel häufiger, als bisher angenommen wird. Man wird nicht fehlgehen, wenn man dieselben auf 50% aller solcher Fälle taxiert.

2) Vorwiegend betroffen werden die Pole der Frucht.

3) Am häufigsten der große und resistente Kopf, in $^3/_4$ aller Fälle.

4) Erst in zweiter Linie Beckenende und Beine in 50%.

5) Demnächst die oberen Extremitäten, 40%.

6) Bei weitem seltener Brust, Bauch und Genitalien, in 3—4%.

7) Durch Druck entstehen an den betroffenen Teilen nicht bloß Gestaltveränderungen, wie Kompression, Impression, Verschiebungen, ja Infraktionen und Kontrakturen, sondern auch Erkrankungen schwererer Art, wie Hydrokephalus, Hydromeningokele, Encephalokele, Anenkephalus und am Rumpfe Omphalokele und Spina bifida.

8) Von den meisten Autoren werden als Ursachen Raumbeengung im Fruchthalter und eine zu geringe Fruchtwassermenge angenommen.

9) Damit stimmt auch das ungewöhnlich häufige Vorkommen der amniotischen Bänder und der velamentösen Insertion der Nabelschnur überein.

10) Aber jene Ursachen reichen allein durchaus nicht zur Erklärung aus. Von nicht unerheblichem Einfluß sind ferner die Adnexen des Fötus, namentlich die Placenta, die oft auffallend dick und durch Blutergüsse auch induriert ist.

11) Außerdem hat das aktive Verhalten des Fruchtsackes bisher zu wenig Würdigung gefunden. In ihm treten ebenso wie in der Wand des Uterus schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft transitorische Kontraktionen und am Ende des 9. Monats dieselben Zusammenziehungen in Form wirklicher, oft sehr kräftiger, schmerzhafter Wehen auf.

12) Diese Kontraktionen vermögen den Fötus samt seinen Anhängen so kolossal zu komprimieren, daß er zu einer Kugel zusammengeballt wird und keines seiner äußeren und inneren Organe völlig unverändert bleibt.

13) Ihre Kraft wird am häufigsten bei besonders starken, widerstandsfähigen Kindern ausgeübt. Sie wächst, wie die Wehe des regulär schwangeren Uterus auch mit der Zunahme des Widerstandes.

14) Diese Kraft, diese Zusammenziehungen sind der weitaus wichtigste Faktor bei allen Verunstaltungen und Erkrankungen ektopisch entwickelter Früchte. Außerdem aber wirken auch alle besonders harte Umgebungen, wie Wirbelsäule und Becken, der Uterus und sonstige Geschwülste auf den Fötus ein.

15) Die Veränderungen und Erkrankungen, welche in einem uterinen Nebenhorn gereifte Früchte zeigen, entsprechen den in Tubensäcken entstandenen sowohl nach Art als Grad in jeder Beziehung vollständig und beruhen auch auf denselben Ursachen.

16) Da erwiesen ist, daß jene Verunstaltungen ektopisch lebend gebliebener Früchte allmälich vollständig wieder verschwinden, so lehrt auch diese Tatsache, daß die Körperform der Frucht mindestens ebenso sehr von diesen äußeren Einflüssen als von anererbten Eigenschaften abhängt.

Eversmann (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

513. Sitzung am 19. Januar 1903.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Donat.

I. Herr Zweifel: Nachruf auf † Prof. Sänger (Prag).

II. Herr Zangemeister: Über einen Fall von Hydramnion.

(Vortrag erscheint in extenso in der »Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie«.)

III. Herr Zangemeister demonstriert nach seinem Vortrage das Schmelzorgan eines unteren Schneidezahnes, welches bei einem frühgeborenen Kinde am 2. Tage post partum ausgestoßen worden war.

IV. Herr Pfannenstiel (Gießen) (als Gast): Über Schnitt und Naht bei gynäkologischen Laparotomien.

Der Schnitt in der Mittellinie des Leibes zwischen Nabel und Symphyse hat gewisse Vorzüge: er gestattet einen hinreichend bequemen Zugang zum Operationsgebiete; er kann — wenn nötig — nach oben verlängert werden; er macht es ferner möglich, Nebenoperationen an Organen auszuführen, welche oberhalb des kleinen Beckens liegen. Aber er hat auch gewisse Nachteile. — Den hauptsächlichsten Nachteil sehe ich darin, daß der Schnitt nicht direkt über dem Operationsgebiet liegt, sondern weit oberhalb desselben, so daß die oberhalb des kleinen Beckens befindlichen Organe freigelegt werden, welche in der Regel an der Erkrankung gar nicht beteiligt sind. Je schwieriger die Operation sich gestaltet, je mehr wir an den Wänden des kleinen Beckens zu präparieren und zu exstirpieren haben, desto weiter muß der Bauchschnitt nach oben ausgedehnt werden, wodurch immer größere Gebiete von Därmen freigelegt werden. Eine derartige Freilegung der Därme ist aber keineswegs gleichgültig für den Organismus, wie wir aus dem Verhalten nach länger dauernden Laparotomien ersehen. Sei es, daß es die austrocknende Fähigkeit der atmosphärischen Luft ist, seien es die in derselben schwebenden Luftkeime, sei es die wiederholte ausgiebige Berührung mit den Händen, Tupfern, mit der Bauchwand und der Bauchschnittwunde, die niemals vollkommen steril zu machen ist — die Pat. fühlen sich schwer krank, sie leiden an quälendem Durst, an Schmerzen, an Pulsbeschleunigung, an Darmlähmung, die Peristaltik kommt schwer in Gang u. dgl. m. Vergleichen wir das Befinden von abdominal Operierten mit solchen, bei denen eine vaginale Köliotomie gemacht wurde, so ist auch dann das Befinden der letzteren ein durchschnittlich erheblich besseres, wenn der vaginale Eingriff vielleicht doppelt so lange gedauert hat. Und dem entsprechend ist die Mortalität, sie ist bekanntlich geringer bei den Kolpoköliotomierten als bei den Laparotomierten.

Des weiteren ist nach dem Bauchschnitte in der Mittellinie des Leibes die Entstehung einer Hernie möglich. Ist zwar die letztere durch eine geeignete Art der Naht, durch Verbesserung der Antisepsis und der Vor- und Nachbehandlung der zu Operierenden wesentlich verbessert worden, so wissen wir doch durch die eigene Erfahrung, durch zahlreiche Arbeiten auf diesem Gebiete, insbesondere durch eine aus der Leipziger Klinik hervorgegangene Arbeit von Abel, daß wir die Hernien nur bis zu einem gewissen Grade zu vermeiden imstande sind.

Die sog. Linea alba stellt eine fibröse Vereinigung der Aponeurosen der Bauchmuskeln dar, deren Intaktheit notwendig ist für den Zusammenhalt des Leibes. Gerade diese müssen wir bei der Operation durchtrennen. Am Schlusse der Operation wird die Linea alba wieder zusammengenäht, und bei guter Heilung ist der Leib wieder fest. Aber für eine gute Heilung können wir nicht unbedingt garantieren. Abel hat uns gezeigt, wie vielerlei Faktoren imstande sind, die Heilung zu stören, in erster Linie Nahteiterung, sodann primäre Gewebsschwäche,

Meteorismus in den ersten Tagen nach der Laparotomie etc. Die Folge ist zunächst eine Fascienlücke, deren Vorhandensein schon nach wenigen Wochen zu konstatieren ist. Aus ihr entwickelt sich die Hernie auf folgende Weise:

Die Fascienwundränder klaffen; die geraden Bauchmuskeln ebenfalls, die schrägen und queren Bauchmuskeln zerren ihrerseits die geraden seitwärts, der Fascien-Muskelspalt wird vergrößert; der intraabdominale Druck treibt die Eingeweide in die Lücke, das Peritoneum verwächst mit dem subkutanen Fettgewebe, die Hernie ist fertig, sie vergrößert sich von da ab von Monat zu Monat.

Nun ist es richtig, daß wir mit Verbesserung der Asepsis, insbesondere durch sorgfältige Fasciennaht die Hernie bis zu einem gewissen Grade vermeiden gelernt haben. Es ist bekanntlich ein besonderes Verdienst von Winter, auf die Notwendigkeit einer isolierten Fasciennaht hingewiesen zu haben. Ich selbst pflege beim Längsschnitt in der Linea alba folgendermaßen zu nähen: 1) Fortlaufende Katgutnaht des Peritoneums, wobei zugleich die hinter der geraden Bauchnaht gelegenen Fascien einander stark genähert werden, 2) eine Achtertournaht durch Haut und oberflächlich gelegene Fascie mit Silkworm. Die Achtertour garantiert bei richtiger Ausführung ebensowohl ein gutes Aneinanderliegen der Fascienränder wie der Hautränder, sie bringt außerdem die Muskelränder gut zusammen. In der Tat sehen wir bei solcher Naht selten Hernien. Aber sie lassen sich — wie gesagt — nicht ganz ausschalten.

Aus diesen Gründen habe ich, wie Sie wissen, eine andere Schnittführung ausgedacht und in zahlreichen Fällen ausgeführt: den suprasymphysären Fascienquerschnitt.

Die anatomische Grundlage für diese Schnittführung ist folgende:

Die Aponeurosen der schrägen und geraden Bauchmuskeln liegen unterhalb der Mitte zwischen Nabel und Symphyse ausschließlich vor den Bäuchen der geraden Bauchmuskeln. Heilt diese Aponeurosenplatte bei dem Medianschnitte nicht gut zusammen, so entsteht unfehlbar der Bauchbruch. Es gibt hier keine Unterstützung der vor den Musculis rectis gelegenen Fascien durch solche, die dahinter gelegen sind — wie dies oberhalb der Linea semicircularis Spigelii der Fall ist. Daher sind bekanntlich auch die Hernien besonders häufig und besonders ausgiebig in dem untersten Bereich der Laparotomienarbe.

Diese Aponeurosenplatte lasse ich in der Medianlinie intakt, ich durchtrenne sie quer; die Musculi recti dagegen durchtrenne ich längs. Dazu muß ich natürlich die Fascie von den Muskeln ablösen.

So entstand meine Schnittführung. Ich habe dieselbe bisher in 207 Fällen ausgeführt und sie hat das gehalten, was sie versprochen hat. Es ist bisher keine Hernie danach aufgetreten, nur in einem Falle fand ich bei einer nach Jahresfrist stattgehabten Untersuchung eine kleine Fascienlücke in der Mitte des Hautquerschnittes, in einem Falle, in dem eine ausgedehnte Fasciennekrose durch Eiterung eingetreten war, die ihre Ursache in einer Infektion von Pyosalpinxeiter hatte. Alle anderen Fälle haben sich bisher bei sorgfältiger Nachuntersuchung als gut erwiesen. Ich bin verwundert, daß Prochownik bei einem relativ kleinen Material schon zwei Hernien auftreten sah. Es entspricht dies nicht meinen Erfahrungen, und zwar, weil ich gelernt habe, die subfasciale Eiterung, welche auch ich früher wiederholt erlebte, zu vermeiden. Es waren dies fast ausschließlich subfasciale Hämatome, die vereiterten. Trotzdem ist auch in diesen Fällen keine Hernie aufgetreten, weil nach Entleerung des Eiters die Fascie sich fest auf die Musculi recti legte und weil die Tätigkeit der schrägen und geraden Bauchmuskeln beim Brechen, Husten u. dgl. nur zu einer Verengerung des Querspaltes der Fascien führt, wie man sich jederzeit leicht während der Operation überzeugen kann, und so schließlich doch eine gute Wiederherstellung des anatomischen Zustandes ermöglicht. Nur in dem Falle, wo die Fascie zum Teil nekrotisch wurde, trat eine Lücke ein, aus welcher sich möglicherweise einmal eine kleine Hernie entwickeln wird. Hätte ich in diesem Falle einen Längsschnitt gemacht, so wäre bei gleicher Eiterung wahrscheinlich eine große Hernie im ganzen Bereich des Schnittes eingetreten. Aber auch diese subfascialen Vereiterungen lassen sich gut vermeiden;

ich habe sie in den letzten 2 Jahren nicht mehr gesehen, weil ich 1) die Blutstillung minutiös genau besorge und 2) weil ich offenbar Fortschritte in der persönlichen Antisepsis gemacht habe und die Wunde besser vor Eiter, der aus dem Bauch quillen könnte, schützen gelernt habe.

Ein weiterer, viel größerer Vorzug der neuen Schnittführung wurde mir erst bei der Beobachtung eines größeren Materiales klar. Die ersten 140 Laparotomien, die mit diesem Schnitte ausgeführt wurden, verliefen ohne Todesfall. Im ganzen habe ich unter etwa 500 Laparotomien (Gesamtmaterial) 207 Fälle mittels des Querschnittes erledigt mit 3 Todesfällen = 1,45% Sterblichkeit.

Ein Fall starb an Embolie nach Extra-uterin-Schwangerschaft mit großer Hämatokele, einer an Sepsis bei Extra-uterin-Schwangerschaft, die schon vor der Operation bestand, und einer an Peritonitis nach schwieriger Laparotomie wegen Pelveoperitonitis adhaesiva bei Retroflexio und chronischer Adnexitis.

Wie ich glaube, sind diese Resultate günstig zu nennen, wenn wir das Material berücksichtigen, das diesen Operationen zugrunde liegt; es sind dies

70 Fälle von schweren meist chronischen, seltener subakuten Adnexerkrankungen, wie alte Pyosalpinxsäcke und Pyovarien, Tuboovarialcysten, schmerzhafte Adhäsionen, eine ganze Anzahl von Tuberkulosen u. dgl. m.

48 Fälle von Retroflexio uteri fixati mit mehr oder weniger schweren Adnexveränderungen,

4 Fälle von Perimetritis und Parametritis posterior,
2 » » Tuberculosis peritonei sicca,
4 » » Ascites tuberculosus,
34 » » Extra-uterin-Schwangerschaft,
6 » » Retroflexio uteri mobilis,
13 » » Myoma uteri,
23 » » Ovarialkystomen,
1 » » Uterus bipartitus,
2 » » diagnostischer Laparotomie.

Ich habe mittels dieser Schnittführung nicht allein die kranken Adnexa in etwa 80 Fällen mehr oder weniger vollständig mitsamt den Tubenwinkeln des Uterus exstirpiert, sondern in mehr als 20 Fällen den gleichfalls schwer erkrankten Uteruskörper mit entfernt und zweimal die Totalexstirpation des myomatösen Uterus ausgeführt, den Proc. vermiformis des Blinddarmes in einigen Fällen reseziert, kurzum eine ganze Reihe von Operationen vollzogen, welche immerhin durchschnittlich eine höhere Mortalität als 1,5% haben. Und ich glaube meine günstigen Resultate darauf beziehen zu müssen, daß bei meiner Schnittführung die Därme gerade nur so weit freigelegt werden, als unbedingt nötig ist, daß sie dagegen mit der Außenwelt nicht in ausgiebigem Maße in Berührung kommen und auf diese Weise den dadurch entstehenden Schädlichkeiten entzogen werden.

In der heute überall üblichen Suspensionslagerung sinken die Därme zwerchfellwärts, sie kommen deshalb nicht zum Vorschein, selbst bei Brechbewegungen nicht, weil bei derartigen stürmischen Exspirationsbewegungen die durchtrennte obere Fascienplatte abwärts gedrängt wird und dadurch die Därme nicht herausgeschleudert, sondern durch die Fascienplatte geschützt werden.

Ausgezeichnet hat sich die Schnittführung bewährt für Freilegung der seitlichen und hinteren Bauchpartien, insbesondere der Gegend der Ligg. ovaricopelvica, der Uretergegend und des Douglas'schen Raumes, selbstredend lassen sich auch Operationen in der Blasengegend leicht damit ausführen.

Die seitlichen Partien lassen sich deshalb so leicht freilegen, weil der weiche, von der Fascie befreite Musculus rectus sich sehr bequem zur Seite verzerren läßt, während die Fascie beim Längsschnitt stets einen Widerstand darbietet und nur bei großem Längsschnitt nachgibt. Es gewährt demnach meine Schnittführung den direktesten Eingang

zum Operationsgebiete, der überhaupt vom Abdomen aus möglich ist.

Sodann habe ich in einem Falle von ausgedehnter Bauchhernie nach Laparotomie, die von anderer Seite mittels Längsschnitt ausgeführt war, die Schnittführung sehr bewährt gefunden. Es wurde erst die Hernie circulär umschnitten und der ganze Bruchsack nach Lösung der Adhäsionen entfernt, alsdann ein Haut-Fascienquerschnitt jederseits bis an die seitlichen Bruchränder heran gelegt, die Fascienplatte nach oben und unten abgelöst und auf diese Weise der Musculus rectus in großem Umfange gut freigelegt, längs vernäht und darüber die Fascienplatte quer zusammengezogen. Heilung.

Der Hautquerschnitt läßt sich fernerhin in dem Sinne gut ausnützen, daß man eine gleichzeitig bestehende Inguinal- oder Kruralhernie radikal operiert — als Nebenoperation neben sonst indizierter gynäkologischer Operation —, von mir wiederholt ausgeführt mit gutem Erfolge.

Sie sehen, m. H., der Schnitt hat eine große Leistungsfähigkeit.

Es ist durchaus falsch, wenn einige Operateure glauben, daß er nur für die leichte Ventrifixation brauchbar wäre. Ich habe nur 6 Fälle von Retroflexio uteri mobilis in meinem Materiale, weil ich bei dieser Erkrankung nur selten ventrifixiere. Gerade die schwierigen Operationen im kleinen Becken sind geeignete Objekte für meine Schnittführung.

Sie läßt sich auch ausdehnen auf die abdominalen Geschwulstoperationen an den Genitalien, doch nur bei kleineren bis mittelgroßen Tumoren. Große Myome lassen sich mit meinem Schnitte nicht entfernen und kleinere und mittlere Myome brauchen häufig nicht operiert zu werden; ich habe deshalb nur 13 Myomotomien in meinem Materiale.

Ovarientumoren rate ich nur dann durch Querschnitt zu exstirpieren, wenn sie nicht morcelliert zu werden brauchen; einfache unverwachsene Cysten operiere ich durch Querschnitt (23 Fälle), komplizierte oder verwachsene Kystadenome und solide Tumoren durch Längsschnitt, um dem Morcellement und der damit gegebenen Möglichkeit der Verimpfung aus dem Wege zu gehen.

Uteruskarzinome habe ich vorläufig nicht mit dem Querschnitte operiert, doch ist dies bei dünnen Bauchdecken wohl möglich.

Alles in allem erledige ich etwa 50—60% aller Laparotomien durch den Querschnitt. Ich hoffe durch meine Ausführung gezeigt zu haben, daß meine Schnittführung leistungsfähig ist und einen Fortschritt in der Laparotomietechnik darstellt. Er steht bezüglich der Ungefährlichkeit und der Hernienfrage auf dem gleichen Standpunkt wie die Kolpoköliotomie von Dührssen, er ist derselben überlegen, weil er eine bessere Übersicht über das Operationsgebiet gewährt uud deshalb ein weit konservierenderes Verfahren ermöglicht, weil er viel leistungsfähiger ist und weil er die mit den Kolpoköliotomien verbundenen Übelstände vermindert (störende Narbe der Scheide, unnötige und abnorm feste Vaginofixation u. dgl.).

Die Technik habe ich im Laufe der Zeit etwas geändert, der Schnitt wird etwas höher gelegt als früher, etwa 6 cm oberhalb der Symphyse, bei besonders schwierigen Operationen noch höher, die Fascie wird nach oben und nach unten abgelöst, wobei die Mm. pyramidales in der Regel an der unteren Fascie bleiben, was die Naht vereinfacht. Peritoneum und Musculi recti werden durch eine fortlaufende Katgutnaht vereinigt, die Querwunde der Hautfascie durch Knopfnähte (3—4—6 an Zahl) mittels einer Silkwormachtertour.

V. Herr Krönig: Über Fascienquerschnitte und Fascienbogenschnitte zur Eröffnung des Abdomens.

Herr Prof. Pfannenstiel hat die große Freundlichkeit gehabt, zur heutigen Sitzung unserer geburtshilflichen Gesellschaft zu kommen, um uns seine Erfahrungen über den von ihm zuerst angegebenen Fascienquerschnitt mitzuteilen. Er, als der Erfinder dieser Schnittführung, verfügt schon heute über eine so große Erfahrung, daß es fast gewagt erscheinen möchte, wenn ich ebenfalls zu dieser Methode das Wort ergreife und meine so bescheidenen Erfahrungen mitteile. Mich ermutigt

hierzu einmal der Wunsch, daß die Pfannenstiel'sche Schnittführung, welche so vielfache Vorteile bietet, in weiteren Kreisen bekannt wird und mehr Beachtung und Nachahmung findet; leider läßt es sich ja nicht leugnen, daß, trotzdem schon vor 5 Jahren Pfannenstiel diese Schnittführung angegeben hat, bisher nur sehr geringe Mitteilungen vorliegen; auch ich muß bekennen, daß ich, obgleich ich schon seit langem natürlich Kenntnis von dieser Schnittführung hatte, erst vor ganz kurzer Zeit begonnen habe, dieselbe zu versuchen. Zweitens hoffe ich, daß durch eine Aussprache in dieser Gesellschaft so manche kleine technische Frage ihre Erledigung finden, und daß manche in Jedem zuerst auftauchende Bedenken gegen diese Schnittführung verscheucht werden. Schließlich glaube ich in gewisser Beziehung die nach meiner Meinung von Herrn Pfannenstiel zu eng gestellten Indikationen etwas erweitert und den von ihm gegebenen Gedanken auch in anderer Richtung verwertet zu haben.

Kocher ruft vielleicht etwas vorwurfsvoll in seiner Operationslehre den Gynäkologen zu: Warum sucht man nur immer und immer wieder Ersatz für den Medianschnitt! Er glaubt, daß, wenn man zur Naht der Fascie Dauerfäden in Form der von ihm so bevorzugten antiseptischen Seide benutzt, dann eine Hernienbildung mit Sicherheit vermieden könnte, und daß nur denjenigen Hernienbildungen vorkommen, welche resorbierbares Material, vor allem Katgut, verwenden.

Wieweit dies berechtigt ist, möchte ich dahingestellt sein lassen. Die bisher vorliegenden Statistiken führen sicherlich immer noch einen relativ hohen Prozentsatz von Bauchhernien auf, mochte Seide, mochte Katgut verwendet werden. Auch Kocher verschließt sich daher keineswegs den Bestrebungen, welche darauf hinauszielen, der Fasciennarbe vermehrte Festigkeit zu verleihen.

Beim Schnitt in der Mittellinie setzt man alles auf eine Karte: Heilt die Fascie nicht primär, so ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine spätere Hernienbildung zu erwarten.

Alle Bestrebungen, eine festere Bauchnarbe zu erhalten, zielen heute dahin, der Fasciennarbe eine muskulöse Verstärkung zu geben, und zwar durch Muskeln, deren Nerven nicht geschädigt sind.

Bei gynäkologischen Operationen kommen hier zunächst die extramedianen Längsschnitte in Frage, bei welchen man, z. B. nach dem Vorgange von Howitz u. a., auf die Mitte der Rektusscheide einschneidet, um dann durch die Muskelfasern des Rektus hindurch in die Bauchhöhle einzudringen. Gegen dieses Verfahren lassen sich wichtige Bedenken erheben, besonders seitdem Czerny durch Tierexperimente hat feststellen lassen, daß hierbei die den medial gelegenen Teil des Rectus versorgenden Nerven zerschnitten werden, und daß infolgedessen eine Atrophie des medialen Teiles des Rektus eintritt. Es wird natürlich eine um so größere Partie des Rektus atrophisch werden, je weiter seitlich wir die Rektusfasern durchtrennen. Alle extramedianen Längsschnitte treffen die den M. rectus versorgenden Nerven, weil diese — die Interkostalnerven, sowie der Ilioinguinalis und der Iliohypogastricus — von oben lateral nach unten medial zwischen dem M. transv. und dem M. obliq. abdom. int. zum Rektus verlaufen. Mikulicz konnte sich nach einem Längsschnitte am seitlichen Rektusrande gelegentlich einer Gallenblasenoperation noch ein Jahr post operationem davon überzeugen, daß der Rektus der betreffenden Seite von Nabelhöhe bis zur Symphyse total gelähmt war. Hierdurch wird selbstverständlich eine muskulöse Verstärkung der Fasciennarbe ziemlich illusorisch gemacht.

Wesentlich besser ist m. E. hier der von Lennander angegebene Schnitt, welcher zwar ebenfalls seitlich von der Mittellinie als Längsschnitt auf die Mitte des Rektus eingeht, aber nicht den Muskel durchtrennt, sondern nur die vordere Rektusscheide eröffnet, dann den Muskel stark nach der lateralen Seite hin abdrängt, um so durch die hintere Rektusscheide in die Bauchhöhle vorzugehen. Gegen die Schnittführung von Lennander läßt sich nur zweierlei einwenden: Erstens ist das Operieren in der entgegengesetzten Seite der Unterbauchgegend, also bei rechter Schnittführung in der linken Seite der kleinen Beckenhöhle entschieden erschwert, und weiter berücksichtigt der Schnitt, wie alle extramedianen

Längsschnitte, nicht die Langer'schen Spaltrichtungen der Haut. Bekanntlich stehen die Wundränder unter sehr verschiedener Spannung, je nachdem der Schnitt parallel oder senkrecht zur Kutisfaserung gelegt ist; heilt die Hautwunde nicht primär, so klafft dieselbe im letzteren Falle ziemlich weit auseinander, während im ersteren Falle die Wundränder auch ohne künstliche Heftmittel in Berührung bleiben. Alle Längsschnitte, seitlich von der Medianlinie ausgeführt, und bis zu einem gewissen Grade auch der Schnitt in der Medianlinie, haben die Tendenz, bei nicht primärer Verklebung auseinander zu klaffen. Weit günstiger sind in dieser Hinsicht die Schnitte, welche quer oberhalb der Symphyse verlaufen; die Wundränder liegen auch hier bei fehlender primärer Verheilung vollständig aneinander.

Dies ist der erste Vorteil, den m. E. der Pfannenstiel'sche Querschnitt vor allen Längsschnitten voraus hat. Der weitere Vorteil ergibt sich nach dem oben Gesagten von selbst; trotz weiter Ablösung der Fascie von dem darunter liegenden Muskelblatt werden bei dieser Schnittführung niemals die den M. rectus versorgenden Nerven betroffen. Die Rekti können also nicht atrophisch werden, sondern sie geben eine kräftige muskulöse Unterstützung der Fasciennarbe ab. Dadurch ist eine Hernie beim Pfannenstiel'schen Querschnitt nur noch an einem Punkte möglich, und zwar genau in der Mittellinie am Kreuzungspunkte des queren Fascienschnittes mit dem Längsschnitt zwischen den beiden Mm. recti. Aber auch dieser eine Punkt wird bei dem Pfannenstiel'schen Querschnitt noch dadurch gestützt, daß vermittels einiger Knopfnähte die beiden Rekti, welche jetzt nicht mehr durch das Fascienblatt der Linea alba getrennt sind, direkt miteinander vereinigt werden, so daß auch an dieser Stelle die andrängenden Därme zunächst einmal die miteinander verklebten Muskelstücke der beiden Rekti voneinander trennen müssen, ehe sie die eine weniger geschützte Stelle der Fasciennarbe treffen. Ich wollte diese beiden Vorteile des Fascienquerschnittes — Schnittführung entsprechend den Langer'schen Spaltlinien der Haut und Schonung der den M. rectus versorgenden Nerven — gegenüber den extramedianen Längsschnitten noch besonders betonen, weil von Pfannenstiel vielleicht nicht genügend darauf hingewiesen ist.

Die anderen Vorteile des Pfannenstiel'schen Querschnittes sind von ihm selbst gewürdigt worden, so daß es nicht notwendig erscheint, an dieser Stelle nochmals sie zu wiederholen; ich möchte nur erwähnen, daß ich sie in allen Punkten nach meinen Erfahrungen bestätigen kann, so vor allem die gute Übersichtlichkeit der seitlichen Partien der kleinen Beckenhöhle, dadurch bedingt, daß nach Ablösung der vorderen Rektusscheide die Muskelbäuche sich wie weiche Gummibänder zur Seite ziehen lassen und weiter die herabgesetzte Gefahr des Bauchschnittes bei gynäkologischen Operationen im allgemeinen, weil bei Beckenhochlagerung die Därme in der Tat kaum mit unseren Händen in Berührung kommen, wodurch der mechanische Ileus an Häufigkeit abnehmen wird.

Besonders wichtig erscheint es mir, die Gegengründe, welche sich gegen den Pfannenstiel'schen Querschnitt anführen lassen, an dieser Stelle zu diskutieren, denn erst durch etwaige Widerlegung dieser wird der Pfannenstiel'sche Querschnitt seine ihm gebührende Rolle bei gynäkologischen Operationen einnehmen. Ich gestehe ganz offen, daß gewisse theoretische Bedenken auch bei mir der Grund gewesen sind, weshalb ich die Pfannenstiel'sche Schnittführung erst verhältnismäßig spät angewandt habe.

Ein wichtiger Gegengrund gegen die Ausführung dieses Schnittes erschien mir in der weiten Ablösung der Fascie und der dadurch bedingten Höhlenbildung zwischen Fascien- und Muskelblatt zu liegen. Ich fürchtete zweierlei, einmal eine Fasciennekrose und zweitens eine Hämatombildung mit nachfolgender Verjauchung bei nicht ganz exakter Asepsis.

Über die Ernährung der vorderen Rektusscheide wußten wir bisher verhältnismäßig sehr wenig. Wenn wir uns in den chirurgischen und anatomischen Büchern umsahen, so erfuhren wir bitter wenig darüber, ob diese Fascie gut ernährt ist, ob wir sie weit von der Unterlage ablösen durften, ohne Gefahr zu laufen, daß

ein Teil nekrotisch wird. Heute liegen uns die großen Erfahrungen von Pfannenstiel vor, welche uns zeigen, daß wir in der Tat schon bis zu einem gewissen Umfange die Fascie ablösen dürfen, ohne befürchten zu müssen, daß sie nekrotisch wird. Pfannenstiel selbst hat aber — wenigstens bis vor kurzem — immerhin noch in beschränktem Maße die Fascie von dem Rektus gelöst; offenbar hat er selbst eine Fasciennekrose gefürchtet und deswegen bisher seine Schnittführung beschränkt auf die gynäkologischen Operationen, welche sich bei relativ geringer Öffnung der Abdominalhöhle ausführen ließen. Er will z. B. nur myomatöse Uteri supravaginal abtragen, welche bis zu Kindskopfgröße erreichen; größere Ovarialtumoren, welche er aus den bekannten Gründen unzerstückelt herausheben will, werden von ihm ebenfalls nicht auf diesem Wege exstirpiert, weil der Raum bei dem Querschnitte ein etwas beschränkter ist.

Nachdem ich mich einmal davon überzeugt hatte, daß man auf eine sehr weite Fläche hin die Fascie von der darunter liegenden Muskelplatte ablösen kann, ohne daß Nekrose erfolgt, bin ich allmählich immer mutiger und mutiger geworden und habe, um große Fascienlappen bilden zu können, den Fascienquerschnitt öfters durch einen Fascienbogenschnitt, dessen Konkavität nach oben zu lag, ersetzt. Hierdurch war ich in der Lage, den Längsschnitt zwischen den beiden Rekti bis weit nach oben auszudehnen, und ich habe manchmal die Fascie von der Symphyse bis drei Querfinger breit unterhalb des Nabels abgelöst, um sie wieder auf die Rektusplatte zu decken. Natürlich ist dadurch der Zugang zur kleinen Beckenhöhle sehr vergrößert. Sie sehen aus meinen Operationen, daß ich bald etwas weiter wie Pfannenstiel, wenigstens früher, in der Indikationsstellung zu seiner Schnittführung gegangen bin. Es sind größere Myome exstirpiert, es konnte die abdominelle Totalexstirpation mitsamt den Adnexen bei stark verwachsenen Pyosalpingen bei guter Übersichtlichkeit ausgeführt werden. Eine Fasciennekrose habe ich nicht beobachtet. Wie uns Pfannenstiel soeben mitteilte, ist er ebenfalls in letzter Zeit viel weiter mit der Fascienablösung gegangen, ohne jemals bei aseptischem Verlaufe eine Fasciennekrose zu beobachten.

Wenn wir die Fascie von unten nach oben auf eine so große Strecke hin vermittels eines bogenförmigen Fascienschnittes ablösen können, so kann man auch erwarten, daß die Fascie die Ablösung verträgt, wenn wir sie von der einen Seite zur anderen als breit gestielten Lappen vom Muskelblatt ablösen. Da größere Tumoren, welche weit über den Nabel hinausgehen, große Myome, große Kystome, ferner die Entwicklung des Kindes beim Kaiserschnitt sich vermittels des suprasymphysären Bogenschnittes mit der Konkavität nach oben nicht entwickeln lassen, so habe ich die Bogenschnitte auch in der Weise modifiziert, daß ich Bogen gewählt habe, deren Konkavität nach der rechten oder der linken Bauchseite hin sah. Mit dieser Schnittführung habe ich drei Fälle operiert, einmal einen Kaiserschnitt, die beiden anderen Male alte Perityphlitiden mit starken Darmverwachsungen oberhalb des kleinen Beckens. Auch bei dieser Schnittführung bleibt die Fascie, wie mich die Erfahrung gelehrt hat, vollständig in Ernährung, ebenso leidet der darunter liegende Rektus, da ja die zuführenden Nerven geschont sind, nicht in seiner Funktion. Um Irrtümern vorzubeugen, möchte ich aber gleich betonen, daß diese Art der Schnittführung keineswegs an Stelle etwa des Pfannenstiel'schen Querschnittes treten soll, einfach deshalb nicht, weil einmal der Hautschnitt nicht den Langer'schen Spaltrichtungen entspricht, und zweitens, weil wir auch nicht so sicher wegen der größeren Spannung eine primäre Vereinigung der Fascienwundränder garantieren können, wie beim suprasymphysären Bogenschnitte.

Die Erkenntnis von der guten Ernährung der Fascie auch nach weiter Ablösung von den Muskeln wird bestimmt noch weitere Konsequenzen für unser chirurgisches Handeln haben; so dürfte sich — wie Pfannenstiel soeben betont hat — die Bildung eines Fascienlappens bei der Schließung größerer Hernien sehr bewähren. Leider war ich bisher noch nicht in der Lage diesen Gedanken auszuführen.

Der zweite Einwand, welcher dem Pfannenstiel'schen Schnitte gemacht

werden kann, ist der, daß eine Hämatombildung zwischen Fascien- und Muskelblatt zu befürchten ist, weil hier ein toter Raum entsteht. Pfannenstiel hat diesen anfänglich dadurch zu vermeiden gesucht, daß er vermittels Knopfnähten die Fascie auf dem Rektus befestigte; ich habe den toten Raum dadurch vermieden, daß ich gleich post op. einen Sandsack auf das Abdomen legte, um so durch das Gewicht desselben die Fascie auf die Rektusplatte aufzupressen. Bei den 33 Fällen ist keine Hämatombildung und auch nirgends subfasciäre Eiterung entstanden, sondern aus der Tabelle geht hervor, daß bei allen 33 Fällen die Wunde primär vereinigt ist, wenn der 8. Tag als Beobachtungstag gewählt ist. In einem Falle ist allerdings später Fadeneiterung eingetreten, weil ich versuchsweise mit Sublamin imprägnierte Seide zur versenkten Naht der Fascie benutzt hatte; natürlich steht dies mit dem Fascienschnitte als solchem nicht im Zusammenhange.

Immerhin ist ein Einwand der Gegner bis zu einem gewissen Grade berechtigt, nämlich der, daß der Pfannenstiel'sche Querschnitt größere Anforderungen an das aseptische Operieren stellt, weil bei Import von Infektionskeimen die Gefahr einer Eiterung in den entstandenen Buchten unterhalb des Fascienlappens eine größere ist, als wie beim Längsschnitte in der Mittellinie, wo nur Haut, Fascie und Peritoneum durchtrennt und kein toter Raum geschaffen wird. Pfannenstiel sagt allerdings: »Wir müssen eben die Asepsis so weit beherrschen«. Ich stimme ihm darin vollständig bei und habe mich deshalb nicht abschrecken lassen, etwa aus diesem Grunde seinen Querschnitt nicht anzuwenden; aber der Einwand fällt doch sehr ins Gewicht, wenn wir vielleicht in einem Falle befürchten müssen, daß wir in der Peritonealhöhle virulente Infektionskeime vorfinden, und daß diese uns das breite Wundbett infizieren. Diese Fälle geben m. E. eine Kontraindikation gegen die Pfannenstiel'sche Schnittführung ab, d. h. ich möchte von dieser Schnittführung die Fälle ausgeschaltet wissen, bei welchen wir Infektionskeime bei Eröffnung der Bauchhöhle mit einiger Wahrscheinlichkeit erwarten dürfen. Bei Kystomen, bei Myomen, bei Extra-uterin-Graviditäten, bei alten chronischen Verwachsungen fällt dieser Einwand selbstverständlich fort, wir können unbedenklich die Pfannenstiel'sche Schnittführung ausüben.

Wie steht es aber mit den Pyosalpingen? Ich möchte hier zurückgreifen auf die Debatte in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft, die vor kurzem im Anschlusse an den Vortrag von Olshausen »Wider die Drainage« stattgefunden hat. Hier ist die Infektiosität des Eiters der Pyosalpinxsäcke von neuem angeregt worden und von einer größeren Zahl von Rednern die Behauptung aufgestellt, daß der Eiter erst dann als nichtinfektiös anzusehen ist, wenn 9 Monate seit seiner Bildung vergangen sind; woher gerade diese Zahl 9 Monate kommt, weiß ich nicht. Ich würde dies nicht erwähnt haben, wenn nicht hierbei immer wieder die Gefahr auch des gonorrhoischen Eiters für das Peritoneum, für die Wunden betont würde. Ich glaube, daß man nach tausendfältigen Erfahrungen den gonorrhoischen Eiter doch als irrelevant für die Wundheilung und als aseptisch im Sinne der chirurgischen Wundbehandlung nicht etwa erst nach 9 Monaten, sondern schon an und für sich ansehen darf, gleichgültig ob noch virulente Gonokokken im Eiter zu finden sind oder nicht. Deswegen können wir auch getrost die Pfannenstiel'sche Schnittführung bei allen gonorrhoischen Pyosalpingen ausüben, gleichviel ob wir es mit akuten oder chronischen Prozessen zu tun haben, und brauchen nicht eine Karrenzzeit von 9 Monaten dazwischen zu schalten.

Anders ist es allerdings mit septischen oder saprischen Pyosalpingen. Ich glaube, daß die Zahl der Fälle nicht groß ist, wo wir nicht mit einer Wahrscheinlichkeit, mit der wir überhaupt in der Medizin rechnen, imstande sind, die Diagnose zu stellen, ob es sich um gonorrhoische oder um septische Eiterbildungen handelt.

Wenn die Diagnose nicht sicher ist, bin ich der Überzeugung, daß man lieber den Pfannenstiel'schen Fascienquerschnitt unterläßt, hier helfen 9 Monate Karenzzeit auch nichts, denn wir wissen, daß septische Eiterherde manchmal noch

länger keimfähige Bakterien in sich beherbergen können. Für diese Prozesse eignet sich aber im allgemeinen überhaupt nicht der Bauchschnitt, sondern, wenn möglich, die einfache Eröffnung der Eiterherde von der Vagina aus.

Wenn ich diese Kontraindikation etwas ausführlicher betont habe, so möchte ich auf der anderen Seite auch wieder einen Vorteil des Pfannenstiel'schen Querschnittes etwas mehr hervorheben, als es vom Autor selbst geschehen ist, nämlich die uns durch den Schnitt gegebene Möglichkeit, die Frauen früher aufstehen zu lassen, als beim Schnitt in der Medianlinie. Pfannenstiel hat sehr schön beobachtet, daß beim Medianschnitte die Fascienlücke in der Linea alba bei Anwendung der Bauchpresse weit klafft, und daß dadurch die Nahtränder unter eine sehr starke Spannung kommen, während beim Fascienquerschnitte bei Anwendung der Bauchpresse sich der Fascienspalt eher schließt. Die Kontraktion der Bauchmuskeln hat infolgedessen für die frische Narbe beim Querschnitte keine besondere Gefahr, so daß wir m. E. unbesorgt sehr früh die Bauchpresse beim Aufrichten, beim Aufstehen der Frau zur Wirkung kommen lassen dürfen, ohne etwa als deren Folge eine Dehiszenz der frischen Narbe befürchten zu müssen. Infolgedessen habe ich es auch nicht für notwendig befunden, die Kranken etwa so lange Bettruhe halten zu lassen, wie es im allgemeinen nach Bauchschnitten bei Längsschnitten üblich ist. Sie sehen auf der Tabelle, daß die Frauen am 12. Tage, am 9. Tage, am 10. Tage das Bett und zum Teil am 10., 11., 12. und 14. Tage die Klinik verlassen haben. Ich erwähne, daß unter diesen sich eine Hebamme befindet, welche am 15. Tage post op. schon wieder bei einer Entbindung Hebammendienste leistete. Gewiß sehen sie auch spätere Entlassungstage; dies hängt aber mit dem Betriebe einer Klinik nun einmal zusammen, weil die bessersituierten Pat. zum Teil aus Bequemlichkeit es vorziehen, längere Zeit das Bett zu hüten. Ich erachte dies nicht nur für eine Zeitersparnis, sondern für gewisse Verhältnisse auch lebensrettend. Sie wissen, daß bei alten Leuten gar nicht selten nach Laparotomien eine bedrohliche Lungenhypostase eintritt; sind wir imstande, die Frauen sofort aufstehen zu lassen, so ist die Gefahr eine wesentlich geringere. Ich würde keinen Augenblick zögern, die Frauen am 2. Tage post op. aufstehen zu lassen, wenn ich etwa Lungenerscheinungen befürchtete.

Meine Resultate habe ich kurz aufgezeichnet (s. Tab. p. 408 u. 409). Ich möchte erwähnen, daß ich meistens mit Sublaminseide genäht habe, und daß ich in letzter Zeit linkerseits und rechterseits unterhalb der Fascie manchmal ein Drainrohr eingeführt habe. Wenn Sie mich fragen: Warum? muß ich antworten, einmal, weil ich Sekretstauung unter der Fascie befürchtete, zweitens vielleicht in etwas zu blinder Verehrung für Kocher, der, wie Sie ja wissen, ein so großer Freund der Drainage ist. Heute, wo unser Altmeister Olshausen der Drainage den Krieg erklärt hat, werde ich die Drainröhren vielleicht wieder fortlassen. Ich lege auf diesen Punkt nicht viel Wert; sicherlich kann die Drainage hier nicht viel schaden, denn ob man ein Drainrohr einen Tag liegen läßt, hat für die prima intentiv nicht den geringsten Einfluß.

Vielleicht habe ich Gelegenheit, im Verlaufe der Diskussion den einen oder anderen Punkt aus meinen Erfahrungen zu berühren; ich würde es freudigst begrüßen, wenn auch die Diskussion etwas dazu beitrüge, dem Pfannenstiel'schen Fascienquerschnitte größere Verbreitung zu verschaffen, als er bisher gefunden hat; er verdient es nach meiner Überzeugung bestimmt.

VI. Herr Menge: Über suprasymphysären Fascienquerschnitt.

(Vortrag erscheint in extenso a. a. O.)

Herr Pfannenstiel (Schlußwort) dankt den Herren Vorrednern für die ihm geschenkte Anerkennung. Er bestätigt, daß die Hautwunde ebenso wenig zum Klaffen tendiert wie die Fascienwunde. Zur Vermeidung von Hämatomen wird während der Haut-Fasciennaht ein kräftiger Druck von außen ausgeübt, wodurch gleichzeitig Blut und Luft aus dem subfascialen Raume herausgedrückt wird, auch wird über den Heftpflasterverband ein fester Bindenwickelverband gelegt. Die früher von ihm geübte isolierte Fasciennaht, sowie das Aufnähen der Fascie

Tabelle.

Fall	Alter	Diagnose	Operation	Nahtmaterial	Aufgestanden	Entlassen	Heilung
1	29	Linkss. Tuboovarialcyste	Salpingo-Oophorectomia sin. Salpingectomia dextr.	Sublaminseide	13.	14.	prima.
2	26	Pyosalp. dupl.	Salpingectom. dextr. Salpingectom. sin.	»	12.	14.	prima.
3	32	Rechtsseitiges Ovarialderm.	Exstirpation d. Dermoids u. d. rechten Tube	»	14.	16.	prima.
4	34	Retroversioflex. uteri fixati	Lösung v. Verwachs. Salpingectom. dextr. Verkürz. d. Lig. rot.	»	17.	20.	prima.
5	44	Pelveoperiton. chron. adhaesiv.	Exstirpation beider Tuben u. Ovarien. (Uterus war entfernt)	»	10.	12.	prima.
6	25	Pyosalp. dupl.	Salpingectom. dextr. Salpingectom. sin. Lösg. v. Verwachs.	»	17.	19.	prima.
7	26	Retrofl. ut. fix. Linkss. Tuboovarialcyste	Salpingo-Oophorect. sin. Salpingectom. dextr. Lösung von Verwachsungen	»	10.	11.	prima.
8	30	Retrofl. ut. fix.	Lösung v. Verwachs. Intraperiton. Ligamentverkürzung	»	12.	14.	prima.
9	47	Carcinoma portionis inoper.	Unterbindg. beider Aa. hypogastricae	»	Mit Krankenwagen enlass. am 7. Tage		prima.
10	24	Pyosalp. dupl.	Salpingectom. dextr. Salpingo-Oophorect. sin. Ventrifixura	»	18.	21.	prima.
11	28	Tumor ovar. sin. (Kystom)	Kystomectom. sin. Entfern. d. l. Tube	»	19.	22.	prima.
12	26	Pyosalp. dupl.	Salpingo-Oophorect. sin. Salpingectom. dextra	»	Am 22. Tage mit Krankenwagen entl.		prima.
13	32	Kystoma ovar. sin.	Kystomectomia und Salpingectom. sin.	»	9.	10.	prima.
14	22	Abortus tubar. dextr.	Exstirpation der rechten Adnexe	Katgut	16.	18.	prima.
15	21	Pyosalp. dupl.	Salpingectom. dupl.	Sublaminseide	14.	16.	prima.
16	27	Pyosalp. dupl.	Exstirpat. d. Uterus und beider Pyosalpinxsäcke	»	12.	13.	prima.
17	26	Abort. tubar. dextr. Hämatokele	Exstirpation d. recht. rupturierten Tube und des rechten Ovariums	Sublaminseide fortlaufend	12.	17.	Fadeneiterung (keine Hernie).
18	27	Tuboovarialtumor l. Verkalkte Knot. im ut. Tubenende	Exstirpat. ut. total. m adnex. sin. et tub. dextr. et parte ovar. dextr.	Sublaminseide fortlaufend	22.	26.	prima.

Fall	Alter	Diagnose	Operation	Nahtmaterial	Aufgestanden	Entlassen	Heilung
19	26	Jauchende Cyste an der linken Portio eines Uterus duplex	Exstirpat. d. l. Horn. d. Uterus dupl. u. ein. Teil. d. Scheide. Bildung ein. neuen Scheidenrohres in der rechten Portio	Katgut	17.	19.	prima.
20	25	Retroflex. uteri mobil. Myoma fundi	Enukleat. d. Myomknotens und Ligamentverkürzung	»	20.	22.	prima.
21	41	Kystoma ovar. sin.	Ovariotomia sin.	Sublaminseide fortlaufend	16.	18.	prima.
22	27	Pelveoperiton. chron. adhaes.	Lös. v. Verwachsung. Intraperiton. Ligamentverkürzung	Katgut	15.	16.	prima.
23	26	Pyosalp. dupl.	Salpingo-Oophorect. sin. Salpingectom. dextra	»	12.	14.	prima.
24	34	Retroflex. uteri mob. Ruptura perin. III°	Resekt. beid. Tuben. Intraperiton. Ligamentverkürzung	Sublaminseide fortlaufend. Drain	12.	14.	prima.
25	51	Myoma uteri	Exstirpat. ut. total. cum adnexis nach Doyen	Katgut, Drain	?	18.	prima.
26	30	Anämie, Unterernährung.-Hy.	Exzision beid. Tub. Intraperiton. Ligamentverkürzung	Katgut	12.	14.	prima.
27	23	Pyosalp. dupl.	Salpingo-Oophorect. sin. Salpingectom. dextr. Resektion d. Proc. vermiformis	»	14.	16.	prima.
28	22	Hermaphroditismus	Entfern. e. linksseit. hodenähnlichen Gebildes am Eingang i. d. l. Leistenkanal	»	14.	17.	prima.
29	42	Retroflex. uteri mobilis	Intraperiton. Ligamentverkürzung	»	16.	19.	prima.
30	32	Ruptur. perin. III°. Prolaps	Intraperiton. Ligamentverkürzung		12.	15.	prima.
I	27	Pelvisplana grav. mens. X	Sectio caesarea	Sublaminseide	Mit Krankenwagen nach 10 Tagen entl.		prima.
II	23	Perityphlitis	Entfernung d. Proc.	»	10.	13.	prima.
III	23	Perityphlitis	Entfernung d. Proc. (Wertheim'sche Prolapsoperation)	»	13.	14.	prima.

auf den M. rectus hat P. schon lange Zeit aufgegeben, letzteres, um nicht durch das Durchstechen des Muskels noch zu guter Letzt Blutungen zu machen. Eine Leibbinde wird nicht angelegt. Bei Pyosalpinx und Pyovarium operiert P. immer erst jenseits des akuten Stadiums (nach ca. 2 Jahren!), frische Fälle werden einfach inzidiert (meist vaginal). Durchbruch von postoperativen Beckeneiterungen durch die Bauchwunde hat er nicht erlebt, hält sie aber bezüglich der Hernienfrage für irrelevant; selbst in den zwei Fällen, wo P. an der Kreuzungsstelle von Längs- und Querschnitt mit Jodoformgaze drainiert hat, ist keine Hernie eingetreten.

---

4) Gynäkologische Gesellschaft in München.

Sitzung vom 2. Juli 1902.

Vorsitzender: Herr J. A. Amann; Schriftführer: Herr A. Mueller.

Bericht von Dr. Sigm. Mirabeau.

1) Herr Kamann: Demonstration von zwei lebenden Kindern mit sehr starken Impressionen, die eine vom Promontorium bei plattem Becken herrührend, die andere von einer vorspringenden Knochenleiste an der Symphyse. — Weiterhin demonstriert K. eine Reihe von skelettierten Schädeln Neugeborener mit Impressionen und Frakturen infolge von Zangenwirkung in Fällen von zum Teil normalen Becken. Zu allen Fällen wird eine kurze Geburtsgeschichte gegeben.

Diskussion. Herr Mueller bevorzugt die Wendung auf die Füße vor der hohen Zange, und hat nur einmal eine schwere Druckverletzung bei einem Versuche mit der hohen Zange erlebt.

Impressionen entstehen bei weichen Schädelknochen und sind im allgemeinen ungefährlich, Frakturen bei harten Knochen führen infolge von Blutungen in die Schädelkapsel meist zum Tode der Frucht.

2) Herr Kamann berichtet über die Geburt bei einer Frau, die bei der vorangegangenen Entbindung eine komplette Uterusruptur erlitten hatte. Es wurde damals Laparotomie und Vernähung des Uterusrisses in der Klinik (Dr. Wiener) vorgenommen. Heilung mit Verklebung des Uterus an den Bauchdecken.

Nach 3 Monaten erneute Schwangerschaft; während derselben anfangs Zerrungsschmerzen und entzündliche Reizung in den Parametrien, später geringere Beschwerden. Das Kind wird ausgetragen und lebend durch Forceps entwickelt. Der Fall zeigt, daß auch bei kompletter Ruptur Heilung mit Erhaltung des Uterus und spätere glückliche Schwangerschaft und Geburt erfolgen kann.

Diskussion. Herr Amann kennt auch einen Fall aus der Klinik, wo nach spontaner Heilung einer Uterusruptur erneute Schwangerschaft und Geburt erfolgte; glaubt aber, daß nur wenige Fälle mit glatten Rißrändern und nicht seitlich sitzenden Rissen sich zur Naht eignen. Besonders wichtig ist auch, ob schon vorher vielerlei Maßnahmen stattgefunden, wegen der Gefahr einer Sepsis.

Herr Theilhaber empfiehlt gegebenen Falls die Rißränder vor der Naht zu glätten.

3) Herr Mirabeau referiert über einen von Rosenstein aus der Königsberger Frauenklinik publizierten Katheter mit Schutzhülse, und kann denselben auf Grund seiner Versuche nicht empfehlen, da er weder genau nach den Angaben des Autors ausgeführt ist, noch die theoretischen Voraussetzungen zu erfüllen imstande ist. (Demonstration des Instrumentes.)

4) Herr Mirabeau demonstriert an der Hand von zehn zum Teil im Zusammenhange mit Blase und Genitale präparierten und mit Paraffin injizierten Ureteren deren charakteristischen Bau, der in schwierigen Fällen bei abdominalen Beckenoperationen, besonders bei der Wertheim'schen Operation, die Auffindung und Identifizierung der Ureteren erleichtert. Mit Rücksicht auf die immer wieder vorkommenden Verwechslungen mit Venen, die dann zu den verhängnisvollen Unterbindungen der Ureteren führten, erscheint es wichtig, den Bau des Ureters mit seinen typischen spindelförmigen Erweiterungen und seinen an ganz bestimmten Stellen gelegenen Engen, wie sie zuerst von Schwalbe beschrieben wurden, sich einzuprägen. Bei leichter Stauung, die man in zweifelhaften Fällen durch Kompression leicht erzeugen kann, tritt der Bau noch charakteristischer hervor, wie man sich bei Operationen leicht überzeugen kann. Es erscheint auffallend, daß von den Operateuren angesichts der immer wieder vorkommenden Ureterverletzungen und des eifrigen Studiums der Topographie des Ureters nirgends auf den charakteristischen Bau verwiesen wird, den Vortr. schon früher bei Gelegenheit der Demonstration eines Uretersteines genau beschrieben. An der Hand der Präparate und eines Schemas werden die genaueren Maße besprochen.

Diskussion. Herr Amann hat bei seinen zahlreichen Operationen immer diese Verhältnisse beachtet, glaubt aber, daß bei starken Stauungen, z. B. infolge von Umwucherung bei Karzinom, die charakteristische Form verloren gehen kann, so daß es unter Umständen recht schwer sein kann, den Ureter zu identifizieren; er selbst habe nie einen Ureter durchschnitten.

Herr Mirabeau zeigt an einem Bilde des Tandler-Halban'schen Atlas, daß auch bei sehr starker Stauung die Form zu erkennen ist, wenn auch weniger deutlich; er hebt bei der Gelegenheit hervor, daß auch in diesem sonst so vorzüglichen Werke der Bau des Ureters nicht entsprechend berücksichtigt wurde.

5) Herr Fränkel: Über Endometritis post abortum mit Demonstrationen.

Im Anschlusse an die Ausführungen des Herrn Ludwig Seitz über die Opitz'schen Drüsenveränderungen gibt Vortr. an der Hand mikroskopischer Präparate einen Überblick über die Veränderungen der Uterusmukosa und Muskularis, die es dem Geübten gestatten, auch ohne Vorhandensein fötaler Elemente einen sicheren Schluß auf vorausgegangene Gravidität zu machen. Es sind dies vor allem die chorialen Wanderzellen, die besonders in der Umgebung der Gefäße bis in die Muskularis vordringen und dort durch Anordnung, Tinktion und Form recht lange zu identifizieren sind.

Diskussion: Die Herren Mirabeau, Amann, Fränkel.

6) Herr Deutler (als Gast): Über Aktinomykose der Bauchdecken (mit Demonstrationen).

Vortr. referiert über einen sehr charakteristischen Fall dieser relativ seltenen Infektion aus der Praxis des Herrn Amann. Es handelt sich um eine Bäuerin, bei der die Infektion zweifellos vom Darme ausging, von wo aus Fistelgänge nach den Bauchdecken entstanden.

Vortr. gibt eine Zusammenfassung der pathologischen Anatomie und Klinik dieser Infektionskrankheit unter Berücksichtigung der Literatur, und demonstriert mikroskopische Präparate mit sehr charakteristischen Pilzkugeln.

(Erscheint ausführlich.)

Neueste Literatur.

5) Archiv für Gynäkologie Bd. LXVII. Heft 2.

1) Heinricius (Helsingfors). Über Myomotomie mit retroperitonealer Behandlung des Stieles nach Chrobak.

H. berichtet über 110 Operationen, die er seit 1894 in der Helsingforser Klinik nach dem Chrobak'schen Verfahren mit sehr gutem Erfolge ausgeführt hat. Zwei Fälle (1,8% Mortalität) gingen an Infektion zugrunde. Bei den 108 genesenden Fällen verlief die Rekonvaleszenz in 78 Fällen ohne jede Störung. Über Indikation, Technik und Nachbehandlung bringt H. nichts wesentlich Neues. Die zurückbleibende Portio brennt Verf. mit dem Paquelin weit aus, nicht um Infektion zu verhindern, sondern um für die Durchführung eines Jodoformdochtes Platz zu gewinnen. Obgleich H. neuerdings auch die abdominale Totalexstirpation nach Doyen öfters mit Erfolg durchgeführt hat, glaubt er doch in den Fällen, wo die Myome nicht auch das Collum durchsetzen, die supravaginale Amputation vorziehen zu müssen. Das Verdienst, die Laparomyomotomie in Finnland eingeführt zu haben, gebührt dem Vorgänger des Verf., J. Pippingsköld, der 1877 die erste Myomotomie nach Köberlé in der gynäkologischen Klinik zu Helsingfors ausführte. Später machte er auch die Kastration und operierte nach Schröder mit Versenkung des Stieles.

2) Zagorjanski-Kissel. Über das primäre Chorionepitheliom außerhalb des Bereiches der Eiansidelung.

Einschließlich der im Nachtrage aufgeführten Fälle ist Verf. in der Lage, 17 derartige Geschwülste zusammenzustellen. Zu dem bekannten Pick-Landau-

schen Falle fügt Verf. einen zweiten aus der Landau'schen Klinik, den er unter Pick's Leitung untersucht hat und hier eingehend würdigt. Bei einer 20jährigen Nullipara, bei der nach frühzeitigem Aborte neue Blutungen, Schüttelfröste und Bluthusten auftraten, wurden dicht oberhalb des Introitus zwei kleine Scheidenknoten vom typischen Bau des Chorionepithelioms entfernt. Die histologische Untersuchung des Endometriums und der zähen Sputumballen (nach Celloidineinbettung) ergab ein negatives Resultat. Der Bluthusten schwand, Pat. erholte sich und ist jetzt, nach $1^1/_2$ Jahren, wieder schwanger. Die teils epikritischen. teils polemischen Erörterungen, die sich hieran anschließen, drehen sich hauptsächlich um die Frage, ob es sich in diesen Fällen um eine embolische Verschleppung von chorialem Epithel resp. ganzen Zotten handelt mit autonomer chorioepithelialer Wucherung am Orte des Embolus, also um primäre Geschwülste (Pick, Schmorl, Marchand etc.), oder um bösartige Geschwulstbildung an der Placenta, oder Mole mit Metastasenbildung, wobei Selbstelimination oder Spontanrückbildung der Primärgeschwulst anzunehmen ist. Die Frage wird im Pick-schen Sinne entschieden. Die Gesamtbetrachtung aller Fälle führt außerdem zu folgenden Schlüssen. Als Ort des Embolus wurden verschiedene Organe wie Lunge, Gehirn, Niere, Uterusmuskulatur beobachtet, bevorzugt ist die Scheide (siebenmal unter elf Fällen). Spontanheilung eines Chorionepithelioms durch Selbsteliminierung mit der Placenta oder Mole ist nicht erwiesen, dagegen ist die Möglichkeit des spontanen Rückganges chorioepitheliomatöser Geschwülste (Beobachtung der Heilung gar nicht oder nur unvollkommen operierter Fälle!) nicht von der Hand zu weisen. Für die Malignität des Chorionepithelioms ist wesentlich die Verminderung oder der Verlust der physiologischen Resistenz der Körpergewebe gegen die Invasion, mit deren Wiederherstellung der Geschwulstwucherung ein Ziel gesetzt wird. So kann bei Chorioepithelioma vaginae et pulmonum nach Entfernung des ersteren, letzteres zur Spontanheilung kommen, welchen Vorgang man in dem beschriebenen Falle trotz des negativen Sputumbefundes annehmen muß. — Chorionepitheliomknoten außerhalb von Uterus und Tuben bei gleichzeitiger Gravidität deuten auf Blasenmolenschwangerschaft. Nach den bisherigen Erfahrungen fand bei primärem extra-uterinem Chorionepitheliom nach normalem Partus jedesmal letaler Ablauf statt.

3) Krull. Über die Wendung mit sich anschließender Extraktion beim engen Becken auf Grund von 320 Fällen.

Seit der Rosenthal'schen Veröffentlichung aus der Leopold'schen Klinik über das gleiche Thema sind 8 Jahre verstrichen. K. hat an der Hand von 380 Wendungen, von denen 320 bei engem Becken ausgeführt wurden, eine neue Bearbeitung der Frage mit ähnlicher Einteilung des Materiales vorgenommen, nur daß sich die Beurteilung der Beckengröße nach dem inneren Untersuchungsbefunde beim Verf. nicht auf die berechnete Conj. vera, sondern auf das mit dem Finger erhaltene positive Maß der Conj. diagonalis stützt. Die einzelnen Prozentzahlen hier anzuführen, ist nicht zweckmäßig und übersichtlich. Im großen und ganzen bestätigt K. die Resultate Rosenthal's, nur das platt rachitische, allgemein verengte Becken gibt ihm günstigere Resultate, so daß die untere Grenze der Wendungsindikation für diese Beckenform der für das platt rachitische gleichkommt.

Es ergeben sich folgende Schlußfolgerungen:

1) Die Wendung und Extraktion bei engem Becken und mittelgroßem Kinde kann mit Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt werden bei einem platten und platt rachitischen Becken und beim allgemein verengten, platt rachitischen Becken bis zu einer Conj. diag. von 9 cm, beim allgemein verengten Becken bis zu einer Conj. diag. von $9^1/_2$ cm.

2) Bei einer Erstgebärenden ist die Wendung wo möglich zu vermeiden, und nur bei dringendster Indikation von Seiten der Mutter und des Kindes auszuführen.

3) Für Erstgebärende zur Regel zu machen ist das abwartende Verfahren. Bei Mehrgebärenden mit einem engen Becken, welches sich in den Grenzen der

Wendungsmöglichkeit befindet, ist bei günstiger Einstellung des Kopfes das abwartende Verfahren zur Erzielung der Spontangeburt ebenfalls gerechtfertigt.

4) Doch ist bei Mehrgebärenden mit engem Becken und günstiger Einstellung des Kopfes die Wendung mit angeschlossener Extraktion ein wertvolles Hilfsmittel, besonders für den praktischen Arzt.

5) Die Wendung und Extraktion bei engem Becken beschränkte die Vornahme einer für die Mutter eingreifenden Operation wie die Sectio caesarea aus relativer Indikation und die Symphyseotomie.

4) Silberberg (Breslau). Ein Fall von Endothelioma uteri. Kasuistische Mitteilung.

Nach kurz vorhergegangener Curettage wird von San.-Rat Dr. Middeldorpf, dem Leiter des städtischen Krankenhauses zu Hirschberg i/Schl., aus der Gebärmutter einer 64jährigen Frau ein enteneigroßer, pilzförmiger Tumor entfernt, der vom Verf. mikroskopisch untersucht und genau beschrieben wird. In spärlichem alveolärem Bindegewebe finden sich alle Stadien der Endothelwucherung an den stark vermehrten, erweiterten Gefäßen, Zellzüge in den Saftspalten des Bindegewebes, Tumorzellreihen an alten, nur noch durch elastische Fasern angedeuteten Gefäßwänden, Stellen mit hyaliner und amyloider Entartung von typischer Gefäßform und mit eingelagerten Kalkkonkrementen. Der Tumor wird als Angioendotheliom gedeutet. Zur Totalexstirpation hatte sich Pat. nicht eingestellt.

5) Keller. Zur Ätiologie angeborener Klumpfüße und Gelenkkontrakturen.

Ein Fall aus der Gusserow'schen Klinik, Hydramnion vom 6. Monate ab, wird durch Wendung von einem 1730 g schweren, frischtoten Kinde entbunden, das, wie auf einer Tafel mit zwei Abbildungen illustriert wird, pathologische Haltung aufweist, indem beide Beine über den gekreuzten Armen am Körper steif emporgeschlagen sind. Beim Herunterschlagen des linken Beines ist außer einer Weichteilverletzung eine Epiphysentrennung am proximalen Femurende entstanden. Am linken Fuße findet sich hochgradige Klumpfußstellung, fast sämtliche Extremitätengelenke sind bis auf eine Beweglichkeit von 10—30° ankylotisch, über den beiden äußeren Epikondylen der Oberarmknochen und über der rechten Spina scapulae finden sich kreisrunde, glänzende Druckmarken. Alle diese Deformitäten müssen als intra-uterine Belastungsdeformitäten angesehen werden, die durch den Druck der Uteruswand bei spärlichem Fruchtwasser zu erklären sind. Hydramnion und Druckmarken sind noch nicht zusammen beobachtet, und es muß für den beschriebenen Fall angenommen werden, daß Klumpfuß, Ankylosen und Druckmarken vor dem Beginne des Hydramnion entstanden sind, und daß zu dieser Zeit die Fruchtwassermenge eine abnorm geringe war. **Courant** (Breslau).

Verschiedenes.

6) M. Simon (Nürnberg). Über vaginale Myomoperationen.

(Festschrift des Ärztlichen Vereins Nürnberg.)

S. erkennt die Benignität der Myome in klinischer Beziehung nicht an; er fürchtet vor allem das Myomherz. Daher zögert er mit der Operation bei Myomkranken nicht lange und bevorzugt die vaginale Methode schon deswegen, weil sie den Kräften der Kranken weniger zumutet. Dann aber auch, weil sie gestattet, alles Kranke zu entfernen und doch dabei das Gesunde zu erhalten. Bei Exstirpationen von gestielten Tumoren hat S. in den letzten Jahren nicht mehr curettiert, da er spontane Umwandlung der erkrankten Mukosa in normale beobachtet haben will. Inversio uteri durch submuköse Myome hat S. 3mal beobachtet, darunter zwei im Klimakterium; alle operiert und genesen. Bei geschlossener Cervix inzitiert S. nach Abschiebung der Blase die vordere Uteruswand; Laminariadilatation verwirft er wegen der Infektionsgefahr. S. hat einige 30 Fälle in dieser Weise operiert und ohne Störung geheilt entlassen. Die Totalexstirpation auf vaginalem

Wege führt S. aus, wenn der mit multiplen Myomen durchsetzte Uterus nicht umfangreicher als Kindskopfgröße ist, und zweitens, wenn die Totalexstirpation das technisch einfachere Verfahren zu sein scheint. S. arbeitet mit Klemmen und mit Naht, manchmal auch in Kombination. Nachblutungen finden sich unter 60 Fällen 5mal, und zwar 3mal nach Abnahme der Klemmen und 2mal am 12. bezw. 16. Tage. Einer von den erstgenannten endete letal. S. verzeichnet ferner als Nachteil der Klemmenanwendung die Reizung des Peritoneums, die sich in Meteorismus, Verzögerung von Flatus, Erbrechen, Angstgefühl etc. äußert. Unter 28 Fällen von vaginalen Totalexstirpationen wegen Myom hat S. keinen verloren.

Flatau (Nürnberg).

7) **B. Engländer.** Diffuse einseitige Hypertrophie der Brustdrüse.

(Przegląd chirurgicsy 1901.)

Die 33jährige IIpara hat die Menses mit 13 Jahren bekommen, mit 29 Jahren geheiratet. Schon in der Kindheit war ein Größenunterschied zu gunsten der rechten Mamma bemerkbar, aber erst während der 2. Schwangerschaft trat die exzessive Größenzunahme auf. Die rechte Brust hängt bis zum Nabel. Die Mamma ist sehr beweglich, die Haut ist verdünnt, das Unterhautzellgewebe fehlt. Auf Druck entleert sich etwas Milch; Konsistenz ist gleichmäßig elastisch; Achseldrüsen sind normal. Der Tumor belästigt die Frau nur durch sein Gewicht.

Verf. meint, daß die diffuse Hypertrophie erblich sein kann; ihr Beginn fällt meist mit dem Erwachen der Pubertät zusammen, kann aber auch später in Erscheinung treten. Endlich leugnet E. das Vorkommen einer Gynäkomastie, indem er sagt, daß beim Manne nicht das Drüsengewebe, sondern lediglich das Unterhautzellgewebe hypertrophiere. **Flatau** (Nürnberg).

8) **A. Wertheim.** Beitrag zur Anatomie und Topographie des Wurmfortsatzes und des Blinddarmes.

(Przegląd chirurgiczy 1902.)

An 100 Kadavern hat W. die genannten Verhältnisse untersucht. Die Länge des Wurmfortsatzes beträgt im Durchschnitt 9,7 cm; die Dicke beträgt an der Basis 6,3 mm, in der Mitte 5,2 mm und 4 mm am freien Ende. Der Ansatz des Appendix befindet sich 2 cm von dem Winkel, der gebildet wird vom unteren Rand des Ileum und des unteren Teiles des Coecum. In anatomischer Beziehung unterscheidet W. 2 Lagen: eine im kleinen Becken (31mal) und eine im großen (66mal). In 7% der Fälle war der Appendix obliteriert, in 4% mit fäkalem oder schleimigem Inhalt gefüllt und erreichte in diesem Zustande oft eine Länge von 10 cm. Die peritoneale Umkleidung desselben ist außerordentlich wechselnd.

Flatau (Nürnberg).

9) **Hermann** (London). Eine klinische Vorlesung über Dysmenorrhoe.

(Brit. med. journ. 1902. Mai 17.)

H. scheidet zwei Formen voneinander: Die erstere besteht in einem gleichmäßigen Schmerzgefühl im Becken und hat ihren Grund in Blutüberfüllung der Beckenorgane, die andere rührt her von Uteruskontraktionen, ist von kurzer Dauer, aber oft sehr schmerzhaft. Die nervöse Verfassung der Frauen ist für den Verf. hinsichtlich des Auftretens der Dysmenorrhoe am wichtigsten; die Anteflexio und Stenose des Os intern. oder extern. läßt er ätiologisch nicht gelten. Trotzdem macht H. gern die Dilatation der Cervix mit Bougie, sieht auch in einer Gravidität die natürliche Heilung der spastischen Dysmenorrhoe. An Arzneimitteln verwendet Verf. Antipyrin und Phenacetin und namentlich Guajac. resin. Von der letzten Droge gibt man, 8 Tage vor der zu erwartenden Periode beginnend, 3mal täglich 10 Gramm. **Bissmann** (Osnabrück).

10) **J. S. P. Moltzer.** Beitrag zur Kenntnis der Tubenmenstruation.

Inaug.-Diss., Utrecht, 1902.

Nach gründlicher Besprechung der histologischen Literatur über Uterus- und Tubenschleimhaut während der Menstruation, gibt Verf. die Resultate eigener

Untersuchungen, welche er an einer während der Periode exstirpierten Tube angestellt hat. Das Präparat stammte von einem jungen Mädchen mit Ovarialcyste, am zweiten Tage der immer normalen Menstruation operiert. Bei der Operation fanden sich auf dem Fimbrienende beider Tuben Bluttropfen, was Verf. noch einmal bei einer Laparatomie während der Menstruation beobachtet hat. Die Tube wurde in Serienschnitte zerlegt, und die Untersuchung ergab folgendes:

Die Tube nimmt an dem Menstruationsvorgange Anteil mit Ödem, Hyperämie und hämorrhagischer Infiltration. Das Blut, das man auf den abdominellen Ostien und im Innern der Tube findet, wird von dieser selbst sezerniert. Leukocyten treten aus den Gefäßen der Mukosa per diapedesin ins Gewebe in der Nähe und von da aus zwischen den Epithelien hindurch ins Lumen, dabei einzelne Epithelien von der Stelle drängend. Den roten Blutkörperchen folgen die weißen.

Der Vorgang ist im uterinen Teile der Tube deutlicher als im peripheren. Hämatome und Blutlakunen findet man in der Tube nicht.

Auch an drei während der Menstruation exstirpierten Uteris hat M. Untersuchungen angestellt, meint aber selbst, keinen großen Wert darauf legen zu dürfen, weil die Fixation nicht ganz gelungen war. **Scholten** (Leiden).

11) **De Lee** (Chicago). Auflockerung der Beckengelenke während der Schwangerschaft.

(Sonderdruck 1902.)

Schon die Alten lehrten, daß die Beckengelenke während der Schwangerschaft nachgiebiger werden, und daß sie sich unter der Geburt öffnen, um dem Kinde den Durchtritt zu ermöglichen. Sie hatten ihren Grund für diese Lehre in der Analogie bei Tieren, bei denen oft ein recht beträchtliches Auseinanderweichen der Beckengelenke zu konstatieren ist (Meerschweinchen).

Es ist kein Zweifel, daß auch beim schwangeren Weibe unter physiologischen Verhältnissen eine Nachgiebigkeit dieser Gelenke — bis zu einem gewissen Grade — sich einstellt. Verf. konnte in den letzten Monaten der Schwangerschaft immer eine Rinne oder Furche über der Symphyse nachweisen (sowohl bei der äußeren als auch bei der inneren Untersuchung). Wenn man den Finger in diese Furche eindrückt, so fühlt man bei Bewegungen des Schenkels ganz deutlich eine Verschieblichkeit der im Symphysenknorpel aneinanderstoßenden Schambeinäste. Walcher's Hängelage und die Symphyseotomie bieten die beste Gelegenheit zu Studien hierüber.

Bei pathologischen Graden von Auflockerung der Beckengelenke entstehen erhebliche Beschwerden, wie Verf. an einer Krankengeschichte dartut: Schmerzen in der Gegend der Beckengelenke, Schwerfälligkeit in den Bewegungen, rasche Ermüdung, Unfähigkeit sich von der sitzenden Stellung zu erheben, Neuralgien.

Die Diagnose ergibt sich aus dem Nachweis der schon erwähnten Furche, welche gegen Druck sehr schmerzhaft ist, sowie aus der Betastung der Sacro-Iliacalgelenke, die gleichfalls sehr empfindlich sind.

Die Behandlung kann wenig Linderung bringen. Die Darm- und Nierenfunktionen sind zu regeln, die Diät hat Fleisch zu meiden. Keine langen Spaziergänge, Chloroformeinreibungen. Beckengürtel nützt wenig.

G. Frickhinger (München).

12) **Daniel de Niet** (Scheveningen). Badebehandlung in der Gravidität.

(Geneeskundige Courant 1902. Nr. 25.)

Hydratische Behandlung ist das beste Mittel zur Verbesserung des Stoffwechsels und Bekämpfung von Blutänderungen (Leukocytose, zu geringe Zahl von roten Blutkörperchen). Sie vergrößert die Stromesgeschwindigkeit des Blutes und verstärkt die Energie des Herzens. Wie bei jeder Badebehandlung, muß man auch in der Gravidität streng individualisieren. Bei normalen Schwangeren sind zu hohe und zu niedrigere Temperaturen und starke mechanische Reize zu vermeiden. Fuß- oder Sitzbäder, und Duschen auf Bauch, Becken und Oberschenkel sind

verboten. Ein Vollbad von 30—33° C. ist am meisten zu empfehlen. Man soll mit 30° C. anfangen, bis 33° C. steigen und dann wieder ganz gleichmäßig die Temperatur herunterfallen lassen. Nach dem Bade muß die Schwangere leicht abgerieben werden und dann eine Stunde ruhen. Am besten gibt man 3 bis 4 Bäder jede Woche.

Bei Vomitus gravidarum kann man sehr viel erreichen, wenn man zwischen eine feuchte Bauchbinde und die trockene Bedeckung einen heißen Magenschlauch legt, in dem man das warme Wasser (50°—70° C.) während einer halben Stunde vor und nach der Nahrungsaufnahme circulieren läßt. Der Magenschlauch läßt sich zur Not ersetzen durch Kataplasmen oder Thermophoren.

Bei akuten Infektionskrankheiten soll nach Verf. die hydratische Behandlungsweise dem Abort vorbeugen.

Auch bei habituellem Abort nicht luetischen Ursprunges hält Verf. die Hydrotherapie für indiziert. **Scholten** (Leiden).

13) **C. Tarnowski.** Die Ovariotomie während der Schwangerschaft.
Inaug.-Diss., Leipzig, 1901.

Drei von Menge operierte Fälle, bei denen es sich um Ovariencysten bei Gravidität im 2., 3. und 4. Monate handelte. Alle Fälle verliefen günstig; in Fall II kam es zu Schenkelvenenthrombose. Die Laparotomiewunde heilte stets primär. Die Geburt erfolgte in allen 3 Fällen am normalen Schwangerschaftsende, in 2 Fällen spontan, im dritten mittels Forceps (zur Entlastung der Bauchnarbe). Kinder alle ausgetragen und lebend geboren. Bei der Laparotomie wurde das Anfassen des Uterus nach Möglichkeit vermieden.

T. erklärt die Komplikation der Gravidität mit einem Ovarientumor als strikte Indikation zur Ovariotomie per laparotomiam. Die günstigste Zeit ist der dritte Monat bei Vermeidung des sonst fälligen Menstruationstermins. Der vaginale Weg ist zu vermeiden, schon wegen der unvermeidlich größeren Maltraitierung des Uterus. Aus verschiedenen Statistiken berechnet T., daß ohne Eingriff bei Gravidität mit Ovarientumor von 313 Frauen 98 = 31,31% starben.

Stoeckel (Bonn).

14) **F. Kaijser.** Einige Worte über Operationen bei Nabelbruch.
(Hygiea F. II. 1902. September. [Schwedisch.])

Verf. bemerkt, daß die Bruchöffnung bei Nabelbrüchen gewöhnlich ein transversal gerichtetes Loch ist, dessen Form durch die Querrichtung der Fasern der Sehnen der breiten Bauchmuskeln bedingt wird. Deswegen ist es zweckmäßig, die Radikaloperation der Nabelbrüche mit Querschnitt und transverseller Vernähung der Bruchpforte zu machen. Verf. operiert folgenderweise: Transversaler Hautschnitt; Exzision des Hautnabels und der dünnen Haut; Ablösung des Bruchsackes bis zur Aponeurose; Inzision derselben rings herum um die Bruchpforte, etwa $^1/_2$ cm entfernt von derselben; Reposition des Bruchinhaltes und Unterbindung des Sackes bezw. Ablösung des Inhaltes und Vernähung des Peritoneums nach Exstirpation des Sackes; Vernähung der Aponeurose mit Matratzensuturen in der Weise, daß der untere Rand der Bruchpforte auf einen etwa 2 cm breiten Bezirk hinter den oberen verschoben wird; der freie obere Aponeurosenrand wird an der Fläche der unterliegenden Aponeurose festgenäht; Hautnaht. Auf diese Weise bekommt man doppelte Aponeurosenbedeckung der Bruchpforte Verf. stützt sich auf etwas mehr als 20 Fälle. In einer Fußnote bemerkt Prof. John Berg, Stockholm, daß er seit mehreren Jahren die Bruchpforte der Nabelbrüche transversell vernäht, eine Methode, die auch von seinen Schülern allgemein verwendet wird. **Lönnberg** (Karlshamn).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 14. **Sonnabend, den 4. April.** **1903.**

Inhalt.

I.

(Mitteilung aus der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik der k. ung. Franz Joseph-Universität in Kolozsvár. Direktor: Prof. Dr. Dionys von Szabó.)

Fruchtretention nach Zerreifsung der schwangeren Gebärmutter.

Von
Dr. Lajos Góth.

Obgleich die Kasuistik der Gebärmutterzerreißungen neuerdings durch vielfache Beobachtungen bereichert wurde, dürfte die Mitteilung des folgenden Falles mit Rücksicht auf seinen ungewöhnlichen Ausgang nicht überflüssig sein.

Die Zerreißungen des schwangeren Uterus erfolgen, wie bekannt, meistens bei Verletzungen des Fruchthalters, Bildungsfehlern der

Gebärmutter, durch Auseinanderweichen von Kaiserschnittsnarben, infolge Erkrankungen des Myometrium, seltener als Folge einer Verwachsung der Placenta mit der Gebärmutterwand in einer früheren Schwangerschaft[1].

Was die weiteren Ursachen der Ruptur betrifft, so erklärt Veit[2] die Wirkung eines Falles oder kräftigen Schlages auf die vordere Bauchwand für fraglich und die einer indirekten Einwirkung für noch zweifelhafter. »Daß aber hierdurch eine Zerreißung des Uterus zustande kommen sollte, ohne daß gleichzeitig die Bauchdecken zerrissen werden, oder daß sonstige Vorbedingungen dafür da sind, halte ich nicht für erwiesen[3]«. Einer entgegengesetzten Meinung ist Olshausen: »Ein heftiges Trauma kann natürlich allein genügen, ohne weitere Disposition den Uterus zum Platzen zu bringen[4]. Während Veit den Kontraktionszustand der Gebärmutter zur Zeit der Einwirkung als prädisponierendes Moment bei gesunder Uterusmuskulatur annimmt[5], will Neugebauer durch das Verhalten der Eihäute bewiesen haben[6], daß selbst diese Vorbereitung der Gebärmutter nicht unerläßlich ist.

Als gemeinsame Folge der Risse — auf welche Art sie auch zustande gekommen sein mögen — erscheint der Durchtritt der Frucht in die Bauchhöhle, welches Ereignis sofort, aber auch längere Zeit nach einem stattgehabten Trauma eintreffen kann[7].

Der beobachtete und mitzuteilende Fall ist folgender:

Am 21. März v. J. wurde früh 6½ Uhr durch die Rettungsgesellschaft eine soeben mit dem Frühzuge angekommene Frau in unsere Klinik gebracht, von der angeblich seit einigen Tagen einzelne kindliche Knochen abgehen. Von der nicht besonders intelligenten Pat. waren folgende Daten zu erhalten:

Frau B. G., 29 Jahre alt. Erste Menstruation mit 14 Jahren, vierwöchentlich, Dauer 7—8 Tage. Verheiratet seit 13 Jahren. 5 Geburten, erste vor 11, letzte vor 4 Jahren, sämtliche Geburten rechtzeitig, regelmäßig. Ihre jetzige (6.) Gravidität datiert sie seit Anfang Mai 1901. Erste Fruchtbewegung 14. September 1901. Befinden während der Gravidität gut, bis sie vor ca. 3 Monaten (»gegen Weihnachten«) von einem Kalbe einen Stoß in die Magengegend erhielt, wonach sie 3 Tage lang bettlägerig war, mehr aus Furcht, als durch schwere Symptome dazu gezwungen. Nachher verließ sie auf Forderung ihres Mannes das Bett und verrichtete noch 6 Wochen hindurch ihre gewohnte häusliche Arbeit, doch fühlte sie keine Fruchtbewegungen mehr. Am Ende der 6. Woche, zur Zeit des berechneten

---

[1] Alexandroff, Ein Fall von Uterusruptur während der Schwangerschaft. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XII. p. 453.

[2] Müller's Handbuch der Geburtshilfe Bd. II. p. 143.

[3] l. c. p. 144.

[4] Olshausen und Veit, Lehrbuch der Geburtshilfe 1889. p. 812.

[5] l. c.

[6] Neugebauer, Selbstmord einer Schwangeren etc. Zentralblatt für Gynäkologie 1890. Beilage p. 88.

[7] U. a. siehe Jellinghaus, ». . . . eine nicht seltene Möglichkeit . . . . . das Latentbleiben in einer in direktem Anschluß an das Trauma erfolgten inkompletten Ruptur«. Archiv für Gynäkologie Bd. LIV. p. 110.

Leopold, Archiv für Gynäkologie Bd. LII. p. 385.

Geburtstermins, meldeten sich Schmerzen im Unterleibe, die Pat. anfangs für Geburtswehen hielt, obgleich dieselben des gewohnten intermittierenden Charakters entbehrten. Sie ließ sich durch eine Hebamme untersuchen, dieselbe konnte keine Zeichen einer beginnenden Geburt entdecken; denselben Befund bestätigte auch ein zugezogener Arzt. »Nach einigen Tagen« wurden diese Schmerzen immer seltener und hörten endlich ganz auf, doch verblieb ein dumpfer, anhaltender Schmerz im Unterleibe, zugleich begann Pat. laut ihrer Angabe zu fiebern. Während dieser ganzen Zeit sollen aus den Genitalien weder Fruchtteile noch Fruchtwasser abgegangen sein. Nach einer Woche trat eine 7 Tage dauernde Blutung auf, die Pat. als eine normale Menstruation deutete. Vor ungefähr 5—6 Tagen meldeten sich neuerdings heftige Schmerzen, worauf die Kranke vor 4 Tagen einen zweiten Arzt, Dr. Székely, Stadtphysikus von Hátszeg, konsultierte. Seiner freundlichen Mitteilung nach wurde eine Temperatur von 38,0° konstatiert. Die innere Untersuchung war bei der großen Druckempfindlichkeit des Bauches sowie des Muttermundes unvollständig. Der untersuchende Finger konnte den Muttermund nicht durchdringen, derselbe war durch einen herabhängenden, resistenten Wulst verschlossen, der, dem geringsten Zuge nachgebend, riß und herausbefördert sich als die rechte obere Extremität eines Fötus erwies. Wegen stärkerer Blutung wurde die Scheide mit Jodoformgaze tamponiert und Pat. sofort per Eisenbahn nach unserer Klinik gesandt.

Pat. ist ziemlich gut entwickelt, jedoch von anämischem, hinfälligem Aussehen. Nach Entfernung des oben erwähnten, kaum blutigen, jedoch ziemlich übelriechenden Tampons erweist sich die Scheide normal. Portio vaginalis 0,5 cm. Muttermund für einen Finger schwer durchgängig. Die bis zum Nabel reichende Gebärmutter bildet einen schlaffen Sack, nach vorn und rechts ist sie stark hervorgewölbt. Die Gebärmutterhöhle ist durch einen, mit seiner größeren Masse im rechten Teile liegenden, resistenten Körper ausgefüllt, an welchem durch das Scheidengewölbe keine Teile zu unterscheiden sind. Der durch den Muttermund geführte Finger trifft leicht bewegliche Knochenstücke.

Durch diesen Befund wurde einerseits festgestellt, daß es sich in der Tat um eine Schwangerschaft handelte, andererseits konnte ebensowenig ein Zweifel obwalten, daß der in Zersetzung begriffene Fötus sich in der Gebärmutterhöhle befand.

Infolge dieses Befundes entschied sich Herr Prof. v. Szabó im Laufe des Vormittags zur Ausräumung der Uterushöhle. Es wurde in Chloroformnarkose, nach vorhergegangener Desinfektion, vor allem der Muttermund durch Hegarsche Dilatatoren erweitert, bis derselbe für 2 Finger durchgängig wurde. Nach erneuerter Uterusausspülung wurden mit Hilfe einer, unter dem Schutze des Fingers eingeführten, starken Knochenzange nach und nach sämtliche Knochen, sowie die bis zur Unkenntlichkeit verfaulten Weichteile gefaßt und stückweise herausbefördert, wodurch sich das Verfahren einer Evisseration nicht unähnlich erwies[8]. Bei der Ausräumung der Gebärmutter fand sich an der vorderen Cervicalwand ein klaffender Riß, der in eine Ausbuchtung nach vorn und rechts führte, aus welcher der größte Teil der Frucht geholt wurde. Ein Mutterkuchen, resp. die Insertionsstelle desselben, konnte nicht nachgewiesen werden. Mit Rücksicht auf die nunmehr sich einstellende, ziemlich starke Blutung wurde die feste Tamponade der Gebärmutter und der Scheide ausgeführt.

Die entfernten Knochen entsprechen in ihrer Entwicklung den Knochen einer Frucht im 7. Monate, wie dies aus dem Vergleiche der Maße mit den von Fritsch angegebenen Durchschnittszahlen hervorgeht:

---

[8] Die von dem untersuchenden Arzte eingesandten sowie die durch die Operation entfernten Knochen wurden durch Verf. am 22. März 1902 in der Fachsitzung der medizinisch-naturwissenschaftlichen Sektion des Siebenbürger Museumvereins demonstriert.

Knochen des mitgeteilten Falles:		Zahlen von Fritsch[9]
Humerus	4,1 cm	4,5—4,8 cm
Ulna	4,0 cm	3,9 cm
Radius	3,5 cm	3,7 cm
Femur	4,4 cm	4,2—4,5 cm.

Der spätere Verlauf war sehr günstig. Es fand keine Blutung mehr statt; die Temperatur war normal (unter 37,0°); der Unterleib etwas druckempfindlich. Am 4. Tage wurde der teilweise aus der Scheide hervorragende Jodoformgazestreifen gänzlich entfernt, ohne daß sich bei der Ausspülung auch das geringste Zeichen einer Blutung gezeigt hätte. Bei der inneren Untersuchung drang der Finger durch den äußeren Muttermund leicht hindurch, der innere war jedoch dem Finger nicht durchgängig. Unterhalb des inneren Muttermundes war vorn eine deutliche Spalte erkennbar. Die vordere Cervicalwand sowie beide Parametrien bis zu den Beckenknochen bildeten eine harte, knollige Geschwulst. Am 11. Tage nachmittags stellte sich die einzige Temperaturerhöhung (von 38,1°) ohne nachweisbare Ursache ein. Am 13. Tage nach der Entleerung der Gebärmutter war dieselbe reichlich faustgroß, mit dem Grunde nach rechts abgewichen. Vor dem Uterus befand sich ein beiläufig 2 Finger breiter länglicher Wulst, der mit einer faustgroßen, flachen Geschwulst an der rechten Seite zusammenhing. Bei gänzlich normaler Körpertemperatur und Fehlen jeder Druckempfindlichkeit wurde am 25. Tage mit heißen Ausspülungen, später mit warmen Bädern begonnen. Am 42. Tage war die Gebärmutter annähernd normal groß, vor derselben befand sich ein fingerdicker Wulst, rechts eine Geschwulst von beinahe Faustgröße, links im Parametrium ein fingerdicker Strang. Am 50. Tage nach der Ausräumung der Gebärmutter verließ die von Heimweh ergriffene Pat. die Klinik.

Der oben erwähnte Befund und Verlauf beweist zweifellos, daß wir es in unserem Falle weder mit einer interstitiellen, noch weniger mit einer tubaren Schwangerschaft zu tun hatten. Die erste Frage, welche zu beantworten war, war die, wann und wie der Cervixriß entstanden sein mochte, welcher zweifelsohne die unmittelbare Ursache des beschriebenen Zustandes abgab.

Wir glauben das Entstehen der erwähnten Ruptur erst während der Geburt ausschließen zu können, es kam nie zu deutlicher Geburtstätigkeit, da die Schmerzen nach Angabe der Pat. (die schon fünfmal geboren hat) nicht den Charakter der Geburtswehen hatten, und die Periodicität der Schmerzen fehlte. Die Hebamme fand keine Zeichen der beginnenden Geburt, der zuerst gerufene Arzt fand bei der Untersuchung einen geschlossenen Muttermund, Fruchtwasser ist zur Zeit dieser Schmerzen nicht abgegangen. Bei der Kleinheit der Frucht wäre anzunehmen, daß selbst kräftige Wehen keine Zerreißung der Gebärmutter, sondern die Herausbeförderung der Frucht sogar bei Querlage derselben herbeigeführt hätten. Dem entsprechend erscheint es uns wahrscheinlich, daß die Ruptur während der Schwangerschaft zustande kam, und daß dieselbe die Gebärmutter zur Entfaltung einer entsprechenden Geburtstätigkeit unfähig machte.

In der Anamnese haben wir nur einen Anhaltspunkt, der zur Erklärung dieser Frage herbeigezogen werden konnte, nämlich der von einem Kalbe erlittene Stoß, nach welchem auch die Frucht-

[9] Fritsch, Das Kind in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Müller's Handbuch der Geburtshilfe Bd. III. p. 587.

bewegungen aufhörten. Es muß außerdem auch an einen kriminellen Versuch zur Herbeiführung eines Abortes gedacht werden.

Am wenigsten darf natürlich zur Entscheidung dieser Frage die Angabe der Pat. verwertet werden; abortive Eingriffe werden ja selten eingestanden. Doch lehrt uns die Erfahrung, daß derartige Versuche in der Mehrzahl der Fälle in den ersten Schwangerschaftsmonaten vorgenommen werden. Eine Frau, welche sich zu diesem Schritte entschließt, wird kaum erst 7 Monate lang die Unannehmlichkeiten ihres Zustandes ertragen. Ebenso widerspricht dieser Annahme das 6wöchentliche relative Wohlbefinden — also das Fehlen einer Infektion gerade zur Zeit des angenommenen kriminellen Eingriffes. In gleicher Weise widerspricht einer solchen Annahme, daß der Riß sich auf der vorderen Uteruswand befindet, kriminelle Eingriffe hingegen ihre Spuren zumeist auf der entgegengesetzten Wandung hinterlassen.

Das späte Eintreten der Infektionserscheinungen nach der erfolgten Zerreißung und der Sitz derselben an der vorderen Cervicalwand ist daher meines Erachtens das Ausschlaggebende zur Annahme, daß die Ruptur infolge des oben erwähnten Stoßes entstanden sei. Nicht unerwähnt wollen wir die geringen Symptome und Beschwerden[10] nach der stattgehabten Ruptur lassen, bei der es doch in der Excavatio vesico-uterina und in beiden Parametrien, hauptsächlich aber rechts, zur stärkeren Hämatombildung kam, wie dies der Befund bei der Aufnahme und der fieberfreie Verlauf des Wochenbettes beweisen. Die Frage, ob eine Prädisposition der Gebärmuttermuskulatur für das Zustandekommen der Ruptur zugegen war, muß natürlich unberührt gelassen werden.

Als interessantestes Moment des Falles soll das Verhalten des Uterus hervorgehoben werden. Wir meinen, daß die Gebärmutter infolge der inkompletten Ruptur zur Entfaltung der Geburtstätigkeit unfähig wurde und als ein schlaffer Sack im weiteren Verlaufe der Schwangerschaft der Rolle eines ektopischen Fruchtsackes entsprach. Auf diese Art wurde durch Infektion des Inhaltes die Zersetzung eingeleitet, die einzelne Knochen bloßlegte und die Weichteile bis zur Unkenntlichkeit veränderte, wie dies in ektopischen Fruchtsäcken beobachtet wird. Auf welche Weise die Infektion stattfand, ist a posteriori nicht festzustellen. Immer bleibt es bemerkenswert, daß trotz der Zersetzung des Uterusinhaltes die Hämatome von derselben verschont blieben.

Von einem »Missed labour« (d. h. einem »Aussetzen der Geburtstätigkeit«) im eigentlichen Sinne des Wortes darf deshalb nicht gesprochen werden, da in unserem Falle nicht einmal von einem Beginne der Geburt die Rede sein konnte.

[10] Daß sowohl die inkompletten als die kompletten Uterusrupturen in der Schwangerschaft ohne deutliche Zeichen entstehen können, beweisen einzelne in der Literatur verzeichnete Fälle, so der von Leopold (l. c.), von Hindle (Brit. med. journ. 1894 Nr. 1728, cit. nach Poroschin, Zentralbl. f. Gyn. 1898 p. 187).

II.

Zur Narkosenfrage.

Von
Dr. Georg Burckhard in Würzburg.

In Nr. 1 dieses Zentralblattes treten Pfannenstiel[1] und Kroemer[2] von neuem warm für die Äthernarkose ein. An der Hand einer reichen Erfahrung kommen sie zu dem Schlusse, daß der Äther als Inhalationsanästhetikum als das weniger gefährliche dem Chloroform gegenüber unbedingt vorzuziehen sei.

Die Akten über diese Frage sind noch lange nicht geschlossen, die Ansichten sind sehr verschieden. Ohne auf die ganze Literatur der Narkose einzugehen, will ich nur erwähnen, daß z. B. Czempin[3] erklärt, der Äther könne für das Gros der Operationon mit dem Chloroform überhaupt nicht konkurrieren, während Koblanck[4] beiden Mitteln abwägend gerecht wird.

Nach den Erfahrungen, die ich während meiner Tätigkeit an der hiesigen Univ.-Frauenklinik gesammelt habe, kann ich mich dem Urteil derer nicht anschließen, die das Chloroform absolut verwerfen. Damit will ich mich durchaus nicht auf den Standpunkt Czempin's stellen, der dem Äther alle Brauchbarkeit abspricht: mir persönlich fehlen die Erfahrungen darüber.

Die Zahl der Narkosen, die ich hier und früher in anderer Tätigkeit gesehen und sehr viele davon selber geleitet habe, beträgt — genau habe ich dieselben nicht gezählt — etwa 2000. Unter all diesen habe ich nur einen einzigen Todesfall gesehen und kann mich nur einer einzigen schwereren Asphyxie entsinnen.

Der Todesfall war kein Chloroformtod, sondern erfolgte durch Gasembolie bei Tympania uteri, wie die Sektion später zeigte. Die schwere Asphyxie ereignete sich in der Poliklinik, als ein an demselben Tage eingetretener Hauspraktikant mir bei einer Perforation bei engem Becken und abgestorbenem Kinde chloroformierte. Der betreffende Herr war des Chloroformierens unkundig, was er mir erst nachträglich gestand. Die Pat. wurde übrigens durch energische Maßnahmen wieder belebt.

Man wird mir entgegenhalten, daß man aus einer relativ so kleinen Zahl noch keine Schlüsse auf die Brauchbarkeit einer Methode machen könne, da Statistiken über unzählige Tausende von

[1] Pfannenstiel, Über die Vorzüge der Äthernarkose. Zentralblatt für Gynäkologie 1903. Nr. 1.

[2] Kroemer, Die Technik der Äthernarkose an der Frauenklinik zu Gießen. Ibidem.

[3] Czempin, Die Technik der Chloroformnarkose. Berlin, Enslin, 1897.

[4] Koblanck, Die Chloroform- und Äthernarkose in der Praxis. Wiesbaden, Bergmann, 1902.

Chloroformnarkosen vorhanden sind, die ein besseres Urteil gestatten. Das gebe ich ohne weiteres zu, glaube aber, daß auch über die Äthernarkose noch keine so ausgedehnte Statistiken bestehen, da dieselbe nur von einzelnen Operateuren prinzipiell und ausschließlich angewandt wird. Wenn sie erst mehr Verbreitung gefunden haben wird, werden vielleicht auch hier die schlechten Erfahrungen nicht ausbleiben.

Es kommt mir das so ähnlich vor, wie wenn für irgend eine Operation, z. B. die Ovariotomie, an der Hand zahlreicher Fälle eine Durchschnittsmortalität von so und so viel Prozent festgestellt wird, und ein einzelner Operateur, der besonders geschickt oder vom Glück begünstigt ist, eine Reihe von 100 oder mehr Operationen nacheinander ohne Todesfall ausführt.

Wir haben uns nie der Tropfmethode bedient — deren Vorzüge aber unbestritten sind —, sondern das Narkotikum aus der Flasche in dünnem Strahle auf die Maske aufgegossen; war tiefe Narkose erreicht, so wurde die Maske abgenommen, und sowie eine Änderung in der Pupillenweite eintrat, von neuem aufgelegt.

Auf diese Weise gingen fast alle Narkosen ohne jeden Zwischenfall von statten, leichter bei großer Narkosenbreite, schwerer bei geringer.

Leichtere Störungen in der Atmung, ein unerwünschtes Weiterwerden der Pupillen nach der ungünstigen Seite hin, kamen wohl zur Beobachtung, aber ich muß für meine Person wenigstens ganz offen gestehen, daß ich in den meisten Fällen selbst daran schuld war, indem ich mich bei interessanten Operationen gelegentlich dazu verleiten ließ, mehr auf diese als auf die Narkose zu achten.

Dazu kommt noch ein meines Erachtens wichtiger Punkt, daß nämlich überhaupt bei Frauen die Narkosen nie besonders schwer sind, da ja meist der Alkoholismus fehlt. Auch die Nachwirkungen waren meist nicht allzu schlimm, besonders schien es uns, als ob der Chloroformkater weniger lang dauerte, wenn vor der Einleitung der Narkose kein Morphium gegeben wurde. Den Vergleich mit Ätherwirkung konnten wir nicht ziehen, da wir aus Scheu vor den Folgen für die Respirationsorgane ihn so gut wie nie benutzten; diese Furcht dürfte durch die neueste Publikation Pfannenstiel's wesentlich abgeschwächt werden.

Glaubten wir in dem Befunde am Herzen eine Kontraindikation gegen den Gebrauch des reinen Chloroforms zu sehen, so benutzten wir die Billroth'sche Mischung (Chloroform-Äther-Alkohol) mit bestem Erfolge; selbst bei unreinen Herztönen, bei unregelmäßiger Herztätigkeit haben wir niemals üble Erfahrungen gemacht. Ich wundere mich, daß man dies vorzügliche Mittel in der Literatur so wenig erwähnt findet.

Pfannenstiel erwähnt als einen großen Vorteil der Äthernarkose, daß die Ausführung derselben so leicht sei, daß man sie »unter Umständen sogar einem Laien anvertrauen kann«, gibt aber

an anderer Stelle zu, daß sie sich bei künstlicher Beleuchtung, besonders »in der privaten Behausung und in den engen Wohnungen der poliklinischen Tätigkeit« wegen der Feuers- und Explosionsgefahr nicht anwenden läßt. In diesen Fällen sind wir also gezwungen zur Chloroformnarkose zurückzugreifen; und da ihre Technik nicht so einfach ist, da sie nicht so leicht zu erlernen und auszuführen ist, muß den Ärzten womöglich während ihrer Ausbildungszeit Gelegenheit gegeben werden, sich mit derselben vertraut zu machen. Dies geschieht m. E. am besten an den Kliniken, als den geeigneten Lehrinstituten, zumal hier die nötige Beaufsichtigung und Belehrung stattfinden kann. Dazu kommt, daß bei vorsichtiger und sachgemäßer Ausführung, gerade bei Frauen eine erhebliche Schädigung oder Gefährdung von Gesundheit und Leben der Kranken nicht zu erwarten ist.

Mit diesen Zeilen will ich nicht etwa eine Polemik gegen die Äthernarkose führen; ich bin vielmehr durch die Ausführungen Pfannenstiel's von den Vorzügen und Vorteilen derselben überzeugt worden; der Zweck dieser kurzen Mitteilung soll vielmehr eine Art Ehrenrettung für die immer mehr in Mißkredit kommende Chloroformnarkose sein, die man bei einiger Sorgfalt auch ohne komplizierte Apparate sehr gut ausführen kann, ohne allzu üble Folgen fürchten zu müssen.

III.

Über Imprägnierung.

Von

Dr. E. Toff in Braila (Rumänien).

Eine Frage, die noch viel zu wenig und, in gewissen Beziehungen, noch gar nicht studiert wurde, ist folgende: Welchen Einfluß hat der geschlechtliche Verkehr und in weiterer Folge die Schwangerschaft auf den Organismus der Frau im allgemeinen? Diese Frage kann in zwei Teile, zerlegt werden und zwar:

I. Ist der geschlechtliche Verkehr nur eine mehr oder weniger intensive nervöse Erregung ohne weiteren, tieferen Einfluß auf die Körperbeschaffenheit der Frau?

II. Ist die Frau im Laufe der Schwangerschaft gleichsam nur ein Rezeptakulum, welches das befruchtete Ei zu beherbergen, zu ernähren und in die Welt zu setzen hat, ohne hierbei andere Veränderungen zu erfahren, als diejenigen der Zeugungsorgane und der Milchdrüsen?

Ad I. Durch jeden Beischlaf wird in das weibliche Genitale eine gewisse Menge von Spermaflüssigkeit entleert, im Durchschnitte, nach den Untersuchungen Mantegazza's, etwa 6 ccm. Eine im regem Geschlechtsverkehre stehende Frau empfängt also im Laufe der Zeit eine ganz ansehnliche Menge dieser Flüssigkeit, die eine

verschiedene Zusammensetzung von den Gewebssäften der Frau hat und nach den physikalischen Gesetzen mit denselben in endosmotischen und exosmotischen Wechselverkehr treten muß. Die Vaginalschleimhaut stellt demselben kein Hindernis entgegen, denn die Resorptionsfähigkeit derselben für verschiedene medikamentöse Stoffe ist ja außer Zweifel. Von den Spermatozoen ganz abgesehen, über deren Penetrationsfähigkeit unter den gedachten Umständen wir keine genaue Vorstellung haben, ist es also sicher, daß der weibliche Organismus gewisse Körper aus der empfangenen Spermaflüssigkeit resorbiert, und dürfte die Menge derselben in einem längeren Zeitabschnitte eine ganz ansehnliche sein — es findet eine förmliche Imprägnierung statt. Dieselbe kann nicht ganz indifferent sein; kennen wir doch zur Genüge den großen Einfluß, welchen auf den menschlichen Organismus die Extrakte verschiedener Organe ausüben. Es ist daher nicht anzunehmen, daß die uns hier beschäftigende, vitale Flüssigkeit auf den weiblichen Organismus ohne jeden Einfluß bleiben soll. Ich glaube vielmehr, daß alle Veränderungen, welche beim (nicht geschwängerten) Weibe im Verhältnis zur Jüngfrau beobachtet werden, nur auf diesen Einfluß zurückzuführen sind. Wie oft werden anämische, schwächliche Mädchen durch die Ehe vollblütig und robust, verschiedene nervöse Affektionen verschwinden, auch der Charakter erleidet oft eine gewisse Beeinflussung, das scheue, zaghafte Wesen der Mädchen verschwindet und macht einem mehr selbstbewußten Auftreten Platz etc. Können wir uns dies alles nur durch den einfachen Akt des Beischlafes erklären? Ich glaube das nicht und will zur Stütze dieser Ansicht nur den bekannten Umstand anführen, daß der malthusianische Beischlaf statt eines wohltuenden, einen zerrüttenden Einfluß auf das Nervensystem der Frau ausübt. Hier ist der physische Akt derselbe, aber die für den weiblichen Organismus so wichtige spermale Flüssigkeit kommt in Wegfall.

Ad II. Ist Schwangerschaft eingetreten, so kommt zu dem oben erwähnten noch der Einfluß der fötalen Körpersäfte auf den mütterlichen Organismus hinzu. Das mütterliche und das fötale Blut sind durch endosmotische Phänomene in stetigem Wechselverkehre. Von letzterem ist aber, um mich schematisch auszudrücken, die Hälfte dem Vater angehörend, also von den mütterlichen Säften gewiß verschieden. Und diese Verschiedenheit ist gewiß so vielfältiger und so feiner Art, daß sie mit unseren heutigen chemischen und physikalischen Hilfsmitteln gar nicht nachgewiesen werden könnte. Es tritt also auf dem Wege des Placentarkreislaufes, vielleicht auch früher, durch die Chorionzotten, eine gewisse Menge mittelbar vom Manne herrührender, vitaler Körper in den weiblichen Organismus über. Wohl ist das Spermatozoon sehr klein, seine vitale Kraft ist aber eine immense, ebenso dürfte die feinere Zusammensetzung desselben eine unendlich mannigfaltige sein, schließt es doch in sich die Anlage tausendfacher geistiger und körperlicher Einzel-

heiten, die vom Vater herrührend, getreu im Kinde wieder erscheinen. Wir können uns daher auch vorstellen, daß sein direkter Einfluß auf den mütterlichen Organismus ein großer und vielfältiger sein muß. Möglicherweise ist die Wachstumsentwicklung der Gebärmutter im Laufe der Schwangerschaft, die Anregung der Milchsekretion und andere Erscheinungen der Gravidität nur auf den Einfluß, den die fötalen, id est männlichen Körpersäfte auf den mütterlichen Organismus ausüben, zurückzuführen.

Der Übergang von Bestandteilen der fötalen Körpersäfte in den mütterlichen Kreislauf erscheint in evidenter Weise, falls es sich nicht um physiologische, sondern um krankhafte Vorgänge handelt. So bei der sog. »Syphilis imperceptible« von Diday oder »symptomenlosen Syphilis«, wo Mütter, welche von syphilitischen Männern konzipieren, ohne selbst direkt syphilitisch infiziert zu werden, durch die Einwirkung des Fötus eine latente Syphilisation erleiden, welche sie immun gegen Syphilis macht. Ähnliches wurde von Lingard[1] für den Milzbrandbazillus bei Kaninchen experimentell festgestellt. Werden einem im Uterus befindlichen Kaninchenfötus Kulturen von Milzbrand eingeimpft, so erlangt hierdurch das Muttertier innerhalb 36 Stunden vollständige Immunität gegen Milzbrand, welche noch nach vielen Monaten nachgewiesen werden kann. Diese Erfahrungen und andere ähnliche haben bis zur Evidenz klar erwiesen, daß verschiedene krankhafte Produkte, chemische Verbindungen ebenso gut von der Mutter auf den Fötus, wie von diesem auf die Mutter übergehen können, es ist also klar, daß auf diese Weise auch Bestandteile des Schwängerers in den Kreislauf der Schwangeren gelangen.

Es folgt aus diesen Betrachtungen, daß sowohl durch den Beischlaf, als auch durch die Schwangerschaft, also durch beide Hauptphänomene des geschlechtlichen Lebens, eine förmliche Imprägnierung des weiblichen Organismus mit Körpersäften oder chemischen Verbindungen des männlichen Körpers stattfindet, und daß dieselben den Grund für zahlreiche Veränderungen, die im weiblichen Organismus durch Kohabitation und Schwangerschaft hervorgerufen werden, abgeben.

Handelt es sich bei diesen Imprägnierungen um vorübergehende oder um bleibende Veränderungen des weiblichen Organismus? Mit Bezug auf den Beischlaf ist eine definitive Antwort noch schwer zu geben, aber wenn man verschiedene mit Schwangerschaft in Verbindung stehende Phänomene in Betracht zieht, so würde man gezwungen sein, eine bleibende Beeinflussung anzunehmen. So zeugt eine Frau mit einem zweiten Manne oft Kinder, die dem ersten Schwängerer auffallend ähnlich sehen; bei Tieren ist dies, wie schon Hutchinson beobachtet hatte, noch um vieles deutlicher. Weibliche Tiere (Stute, Kuh, Hündin), welche von einem männlichen

---

[1] Diday, La pratique des maladies vénériennes 1894. p. 495.

Tiere schlechterer Rasse oder von besonderen Eigenheiten, z. B. Schecken, trächtig wurden und einen entsprechenden Bastard, oder ein in der Rasse deterioriertes Junges geworfen hatten, bringen späterhin, wenn sie auch wieder von echter oder edler Rasse trächtig geworden sind, Junge zur Welt, welche die Mängel oder Eigentümlichkeiten des ersten Belegtieres an sich tragen, die also von dem zuerst beherbergten Fötus auf den mütterlichen Organismus übergegangen sein müssen[2].

Im weiteren Verfolgen dieser Gedanken müssen wir annehmen, daß der weibliche Organismus jener vitalen Körper, die aus dem männlichen Organismus durch Kohabitation und Schwangerschaft in denselben überführt werden, bedürftig ist, und daß diese zum Gedeihen desselben in erheblichem Maße beitragen. Alte Virgines leiden an mannigfachen Krankheiten, die möglicherweise auf das Fehlen jener vitalen Kräfte, welche naturgemäß aus dem männlichen in den weiblichen Körper übergeführt werden sollen, zurückzuführen sind.

Wenn geschlechtlicher Verkehr und Konzeption für das weibliche Individuum von Vorteil sind so lange es sich um einen gesunden Mann handelt, so ist es nicht auch so, falls derselbe von krankhafter, schwächlicher Konstitution ist, an latenter Syphilis, Tuberkulose etc. leidet oder auch hereditär in dieser Beziehung belastet ist. Diese Umstände üben auch auf die Frau einen direkt nachteiligen Einfluß aus. Wir sehen oft Frauen, die bis zur Verheiratung vollkommen gesund waren, späterhin an verschiedenen nervösen Affektionen, Kopfschmerzen, Anämie u. a. leiden, ohne für dieselben eine Erklärung in konkreten organischen Erkrankungen finden zu können. Dieselben wären, wie ich glaube, auf verschiedene krankhafte Stoffe (Toxine?), die aus dem Körper des Mannes in den der Frau übergehen, zurückzuführen. Möglicherweise sind diese Einflüsse auch die Ursache vieler krankhafter Erscheinungen der Gravidität, wie Speichelfluß, unstillbares Erbrechen, Kephalalgien, Nierenaffektionen, Eklampsie etc. Man werfe hier nicht ein, daß Frauen oft schwere Schwangerschaften durchmachen, obwohl ihre Männer vollkommen gesund sind: uns bleiben meist die näheren konstitutionellen Verhältnisse dieser Männer ganz unbekannt. Wir wissen nicht, wie viel Tuberkulose, Syphilis und Krebs, um nur von den wichtigsten zu sprechen, dieselben in ihrer Ascendenz aufzuweisen haben. Tatsache ist aber, daß je mehr wir zu den Naturvölkern herabsteigen, je gesünder die Körperkonstitution der betreffenden Individuen ist, desto leichter verlaufen die Schwangerschaften und desto seltener sind jene krankhaften Zufälle zu beobachten, welche bei den civilisierten Völkern so häufig in Erscheinung treten.

Wohl bin ich mir bewußt, die Frage, welche den Gegenstand dieses Aufsatzes bildet, keineswegs definitiv gelöst zu haben. Ich

---

[2] M. Kaposi, Pathologie und Therapie der Syphilis 1891. p. 380.

*

habe dieselbe hier nur angeregt und behalte mir vor, auf manche Punkte eingehender zurückzukommen.

Referate.

1) Fritsch. Die Bedeutung der Einwilligung des Patienten zur Operation.

(Krankenpflege Bd. II. Hft. 2.)

Im allgemeinen fand F. in langjähriger, gerichtsärztlicher Tätigkeit, daß das Wohlwollen, mit dem wir Ärzte in foro beurteilt werden, ein recht geringes ist; der Richter, als medizinischer Laie, scheint oft der Ansicht zu sein, er müsse die medizinisch mißhandelte Menschheit rächen und schützen. Daher auch die absolut unlogische und falsche Anschauung, daß im Sinne des Strafgesetzbuches ärztliche Eingriffe den Körperverletzungen gleichzusetzen seien. Das kann niemals der Fall sein, höchstens wäre zu bestreiten, daß der Eingriff angemessen war, und das wiederum kann nie der Jurist entscheiden, dafür gibt es ärztliche Sachverständige und Instanzen von Sachverständigenkollegien. Würden letztere sagen, daß der Eingriff nicht angemessen war, so käme es auf den Erfolg an. Wäre er gut, so ist nichts zu bestrafen oder zu entschädigen, im anderen Falle hätte der Benachteiligte das Recht, Entschädigung zu verlangen. Unter den juristischen Gründen der Strafausschließung bei Körperverletzungen spielt eine große Rolle die Einwilligung des Pat. zum Eingriff. Hat der Arzt diese erlangt, eine lebensgefährliche Operation zu machen, so kann er auch bei schlechtem Erfolg weder bestraft noch zum Schadenersatz gezwungen werden. Der Begriff der Lebensgefährlichkeit einer Operation ist aber gar nicht zu umschreiben, das kommt ganz auf die individuellen Verhältnisse an. Jeder Pat. hat ein Recht, zu wissen, was mit ihm vorgenommen werden soll; verweigert er dann die Einwilligung, ist kein Zwang möglich. Wenn wir jemanden aber in Kenntnis setzen wollen, was mit ihm vorzunehmen ist, so setzt die Kenntnisnahme die Fähigkeit, Kenntnis zu nehmen, voraus. Wo die nicht vorhanden ist, wird man die gute Absicht der Heilhandlung im allgemeinen betonen und die vertrauensvolle Überlieferung an den Arzt zur Operation verlangen müssen. Dieser allgemeinen Einwilligung ist die spezielle des intelligenten Pat., den man über die Chancen belehrt hat, gegenüberzustellen. Die präsumtive Einwilligung wird vorhanden sein, wo die Unmöglichkeit derselben klar liegt, so bei Geisteskranken, Schwachsinnigen, Kindern, Bewußtlosen etc. Die formelle Einwilligung vom Vormund, Vater oder Stellvertreter ist in den meisten Fällen anfechtbar und dem tatsächlichen Wortlaut nach kaum jemals einwandfrei. Wollte man sie trotz alledem zum Gesetz erheben, so würden die Pat. dabei am schlechtesten fahren, man müßte so viel Ausnahmen festsetzen, daß die Ausnahme die Regel wäre. Wir Ärzte müssen also — nicht in unserem,

sondern im Interesse der Pat. — diese von manchen Juristen der Einwilligung beigelegte große Bedeutung ablehnen. Das Einholen der Einwilligung des Pat. zu einer beabsichtigten Operation ist eine ethische, ärztliche Pflicht, kann aber nicht zur Exkulpierung bei fehlerhaftem Handeln oder zur Rechtfertigung des ärztlichen Handelns überhaupt dienen. **Witthauer** (Halle a/S.).

2) **Dienst.** Neuere Untersuchungen über das Wesen der Eklampsie und Gesichtspunkte über die Behandlung der Krankheit.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 342. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

Auf Grund von Erfahrungen in der Breslauer Frauenklinik, Blutuntersuchungen Schwangerer und Tierexperimenten, die im Original nachgelesen werden müssen, kommt Verf. zu dem Schluß, daß einmal eine ungenügende Leistungsfähigkeit des Herzens oder der Ausscheidungsorgane seitens des mütterlichen Organismus als Grundkrankheit bei der Eklampsie zu gelten hat, daß sodann fötale Stoffe es sind, welche, wenn sie auf Grund der primären Erkrankung des mütterlichen Organismus im mütterlichen Kreislauf retiniert werden, vermöge ihrer hohen Toxizität die Grundkrankheit der Mutter sekundär zur Eklampsie verschlimmern. Die Therapie hat deshalb nach zwei Richtungen tatkräftig einzugreifen: durch Darreichung von Exzitantien muß man das zu erlahmen drohende Herz anstacheln und durch Diuretika die insuffiziente Niere wieder leistungsfähiger gestalten, damit die herabgesetzte Eliminationsfähigkeit des mütterlichen Organismus gehoben wird. Dann muß durch möglichst rasche Entbindung der weiteren Zufuhr der Eklampsiegifte von seiten des Fötus möglichst Einhalt geboten werden. Um die schon im mütterlichen Blut kreisenden Giftstoffe möglichst rasch aus dem Körper zu entfernen, muß eine Zunahme der Alkaleszenz des Blutes erstrebt werden. Dies geschieht durch Zufuhr von Milch und reichlichen Alkalien bei allen Graviden, die Eiweiß im Urin haben, event. in Verbindung mit Schwitzprozeduren. Handelt es sich um ganz komatöse Frauen, wird Natr. bicarb. nach vorheriger Spülung des Magens durch die Magensonde gegeben, bei drohender Herzschwäche Koffeïn mit Natr. benzoic. gereicht. Jedenfalls kann diese Therapie nicht schaden, was man von der vielfach üblichen Anwendung großer Gaben von Narkoticis nicht sagen kann.

Sehr instruktive Beispiele für die erfolgreiche Alkalitherapie sind angeführt. **Witthauer** (Halle a/S.).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 24. Januar 1903.

Vorsitzender: Herr Bokelmann; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstrationen.

Herr Robert Meyer demonstriert die Keibel'schen Modelle zur Entwickung des menschlichen Urogenitalapparates.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Czempin: »Weitere Erfahrungen über Myomoperationen«.

Herr Knorr fragt, ob bei den drei Todesfällen an Darmparalyse und Meteorismus, die mangels makroskopischer Zeichen von Peritonitis in Czempin's Statistik nicht unter die Infektionsfälle gerechnet wurden, die »bakteriologische Sektion« gemacht worden war. Da gerade ganz akute peritoneale Sepsis mit geringen anatomischen Veränderungen gefunden wird, genügt die gewöhnliche Sektion nicht, um die Annahme einer Infektion bei der Operation mit Sicherheit auszuschließen.

Herr Czempin: Was Herr Knorr zu diesem Punkte erwähnt, ist nicht ungerechtfertigt. Klinisch ist es kaum möglich, diese Fälle auseinander zu halten. Allerdings ist nicht unerwähnt zu lassen, daß unter zwei von den genannten drei Fällen zunächst am 2. resp. 3. Tage Abgang von Flatus resp. Stuhl vorhanden war und die Darmparalyse erst dann eintrat. Aber trotzdem ähneln sich diese Fälle derart mit den Fällen von Sepsis durch ascendierende Peritonitis, daß ich geradezu überrascht war, bei der Sektion keine Sepsis zu finden. Wenigstens betone ich ausdrücklich, es war keine Peritonitis vorhanden; die Därme aufgebläht, aber das Peritoneum überall grauweiß glänzend, keine Beläge, kein Exsudat. Eine bakteriologische Sektion, wie sie Küstner unmittelbar nach dem Tode ausführt, läßt sich in den engen Verhältnissen einer Privatklinik nicht ausführen. Ob überhaupt eine solche beweiskräftiges Material ergibt, ist noch zweifelhaft. Denn es sind diese Fälle ja ohne pathologisch-anatomisch nachweisbare Peritonitis, doch zweifellos vom Darme her infiziert, mit welcher Art von Mikroorganismen oder Toxinen ist eben zweifelhaft, nur liegt eben keine bei der Operation eingeschleppte septische Infektion vor. Bei anderen Pat. (nicht myomotomierten) habe ich klinisch einige Male richtig diagnostiziert, oder — besser gesagt — diviniert und durch Magenausspülungen rechtzeitig der Darmparalyse mit ihren deletären Wirkungen vorgebeugt. Indessen gestehe ich, daß ich mich auch einige Male geirrt und Magenausspülungen angewandt habe, wo post mortem septische Peritonitis gefunden wurde. Auch die Indikanprobe des Urins, Puls, Art des Erbrechens lassen keine sicheren Schlüsse zu.

III. Herr Robert Meyer hält den angekündigten Vortrag: »Über Einmündung eines Ureters in eine Uterovaginalcyste des Wolff'schen Ganges mit Erklärung der normalen Entwicklung«.

M. demonstriert mikroskopische Schnitte durch die mißbildeten Genitalien und schematische Abbildungen der Mißbildung, und erklärt diese durch blinde Endigung des Wolff'schen Ganges in frühester Zeit, so daß der aus ihm entsprossene Ureter keine Sondermündung eingehen konnte. M. erläutert an Keibel's Modellen und Wandtafeln die normale Entwicklung namentlich der Kloake, des Wolff'schen Ganges und des Ureters, und bestätigt nach eigenen Untersuchungen namentlich an Meerschweinchen Keibel's Angaben. Es folgt eine vergleichend anatomische Betrachtung, als deren Schluß sich die Warnung ergibt, Hemmungsbildungen unter Vergleich mit den physiologischen Bildungen bei Tieren als Atavismus aufzufassen.

Mit der neuerlichen Auffassung Fleischmann's, daß nur der ventrale Abschnitt der Säugetierkloake dem Urodaeum der Sauropsiden homolog sei, ist M. nicht einverstanden. Der Enddarm verlege nicht seine Mündung in die Kloake an deren hinteres Ende, sondern der Enddarm der Säuger verlängere sich auf Kosten der Kloake durch Bildung eines Septum uro-rectale. Das Urodaeum der Sauropsiden habe also bei den Säugern wohl ein Homologon in der primitiven Kloake, nicht aber ein einheitliches Homologon bei den fertig entwickelten Säugern.

4) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 3. Juni 1902.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

Herr Falk zeigt das mikroskopische Präparat der von ihm in voriger Sitzung demonstrierten, wegen ektopischer Gravidität exstirpierten Tube. Dasselbe zeigt keine Tuberkeln.

Herr Seeligmann fragt, ob bei solchen Veränderungen noch Befruchtung durch äußere Überwanderung denkbar sei?

Herr Falk meint ja, da das Epithel wohl erhalten und die entzündlichen Veränderungen sich auf die Muscularis etc. beschränken.

Herr Grube und Herr Calmann schließen sich dem an.

I. Herr Calmann berichtet über einen Fall von Placenta praevia bei Myom.

Die 39jährige IIpara hatte im 5. Schwangerschaftmonate zur Menstrualzeit kurze Blutungen. Dieselben wiederholen sich jetzt am Ende des 6. Monates. Am 18. Mai springt die Blase und starke Blutung erfolgt. Kurze Zeit Tamponade. Dann wird der Fuß der in Steißlage befindlichen Frucht herabgeholt. Extraktion. Placenta adhäriert auf großem Myom der rechten Uterusseite. Mehrere kleinere Myome des Fundus machen Expression unmöglich. Manuelle Lösung gelingt nur in Fetzen. Links bestehen im Wochenbette Schmerzen wohl nach Thrombose der Venen. Temperatur nicht über 37,8°. Heilung. Unter 241 Fällen sind in der Literatur nur 2 erwähnt, wo Myom und Placenta praevia sich kombinierten.

II. Herr Staude: Welche Gesichtspunkte sind bei der Beurteilung eines Prolapses für den Praktiker wichtig, um bei einer Prolapsoperation Dauererfolg versprechen zu können.

S. beabsichtigt bei der Besprechung dieses Themas nicht neue Gesichtspunkte zu bringen, sondern lediglich für den praktischen Arzt die Dignität der einzelnen Prolapsformen und den Effekt der einzelnen Operationsmethoden bei den verschiedenen Formen des Prolapses zu behandeln. Er bespricht hauptsächlich die Bedeutung, welche den Lageveränderungen des Uterus beim Prolaps zukommt und welche operativen Eingriffe den Uterus zum Angriffspunkt nehmen müssen, um die Operierte vor einem Residiv sicherzustellen. Ausgehend von der bekannten Hegar'schen Einteilung teilt er der Kolporrhaphie lediglich die Senkung der Scheidenwände zu, während alle bei dem Prolaps vorkommenden Lageveränderungen des Uterus, die Retroversio-flexio desselben, der primäre Descensus resp. Prolapsus uteri es indizieren, daß man den Uterus selbst operativ in Angriff nimmt. Hier wird die Vagino- und Vesicofixation, die Ventrofixation, die Freund'sche und Jacobs'sche Operation, die Alexander-Adams'sche Operation, die Portioamputation und Totalexstirpation besprochen. Ganz kurz wird auch die Pessarbehandlung berücksichtigt, auf die S. sich aber nur da einläßt, wo Alter und Dekrepität der Pat. die Operation widerraten. Bei wirklichem Descensus uteri, nicht der Elongatio colli, die bei Zurückhaltung des Uterus durch eine gute, vordere und hintere Kolporrhaphie sich sehr schön zurückbilden kann, macht S. darauf aufmerksam, wie wichtig hier für die Vermeidung des Residivs eine Portioamputation sein kann, natürlich nur da, wo der Uterus nicht zu weit descendiert ist. Da, wo eine Fixation des Uterus an die Bauchdecken nötig wird, bevorzugt S. den Küstner'schen Schnitt. Die Portioamputation scheint S. für

manche Fälle empfehlenswert, weil er nach gemachter Kolporrhaphie in mehreren Fällen eine Portiohypertrophie eintreten sah, die die Amputation nötig machte, worauf erst vollständige Heilung eintrat.

Diskussion: Herr Rose schließt sich im allgemeinen den Ausführungen des Herrn Staude an, möchte aber auf die Schleimhautvorfälle der hinteren Scheidenwand aufmerksam machen, welche sich im Anschluß an schlecht geheilte Dammrisse entwickeln. Gesellt sich Rektokele zu ihnen, so ist dieselbe durch Kotstauung im Rektum veranlaßt. Die Behandlung ist eine operative. Die Entfernung des prolabierten Uterus ergibt keine besonders günstigen Dauerresultate bezüglich des Prolapses, sie ist nur dann zu machen, wenn der Uterus auch ohne Prolaps entfernt werden müßte.

Tritt auch nach Ventrofixation oder Alexander-Adams in Verbindung mit ausgedehnten Scheidenoperationen bei völliger Erschlaffung der Weichteile ein komplettes Rezidiv des Vorfalles ein, so kommt die Exstirpation von Uterus und Scheide nach Martin in Frage. Die Operation — eine außerordentlich blutige — ist einmal von R. unter diesen Umständen mit gutem Dauererfolg gemacht.

Herr Calmann mahnt zur Zurückhaltung bezüglich der Abtragung der Portio, die zu Gebärmutterverlagerung, Unterbrechung der Schwangerschaft und Geburtsstörungen (Stenose des Muttermundes) führen kann. — In Fällen von Cystokele und Rektokele dürfe die Einstülpung von Blase und Mastdarm durch submuköse Nähte nicht vernachlässigt werden. — Die Ventrofixation habe besonders bei gebärfähigen Frauen ihre Bedenken. In einem Falle, bei dem 2 Katgutnähte durch den Fundus selbst gelegt worden waren, traten bei der vorher sterilen, aber sonst gesunden Frau enorme Menstruationsbeschwerden mit atonischen Blutungen auf, ferner trat 2mal Abort ein, nach einer etwaigen 3. Schwangerschaftsunterbrechung sei eine operative Loslösung ins Auge gefaßt. Bei einer 2. Pat., die von anderer Seite nach Olshausen operiert worden war, verursachte der Uterus, sich sichtbar in die Bauchdecken hineinwölbend, so große Qualen, daß er tatsächlich wieder abgelöst wurde; dabei fand sich, daß die gesamte vordere Uteruswand mit dem Peritoneum parietale fest verwachsen war. Zu erwägen seien ferner die verhältnismäßig häufigen Hernien. — Die Alexander-Adams'sche Operation eigne sich nur für den Descensus uteri. — Die Totalexstirpation nach Fritsch mit gleichzeitiger Ausschneidung von Scheidenlappen leiste Gutes, habe nur eine geringe Zahl von Rezidiven im Gefolge, unterliege aber einer sehr begrenzten Indikation. — Als Ersatz für diesen Eingriff käme in Betracht die Einstülpung des Uterus in die Scheide durch den hinteren (Freund) oder vorderen (Wertheim) Douglas. Vielversprechend scheine nach Redners allerdings nur geringen Erfahrungen die Fixierung der vorderen und hinteren Vaginalwand an den herabgezogenen Uterus nach Fritsch.

Herr Grube: Ich glaube nicht, daß sich die beiden von dem Herrn Vortr. erwähnten Entstehungsursachen eines Prolapses derartig genau trennen lassen, um n jedem einzelnen Falle einen ihnen entsprechenden Heilungsplan zur Anwendung bringen zu können, sondern bin der Ansicht, daß, mag nun die Erschlaffung des peritonealen Bandapparates mit konsekutiver Verlagerung des Uterus oder die Senkung der Scheidenwände und die Cystokele das Primäre sein, es nur eine verschwindend kleine Anzahl von Senkungen der Scheidenwände gibt, die durch einfache Kolporrhaphie zur Heilung gebracht werden können; es sind dies wohl lediglich die Vorfälle der hinteren Scheidenwand, die auf dem Boden einer Ruptura perinei entstanden sind. Bei jeder Senkung der vorderen Scheidenwand dagegen, bei der auch immer, ob nun primär oder sekundär eine Cystokele vorhanden ist, genügt eine einfache Kolporrhaphie nicht, sondern es ist auch durchweg nötig, den heruntergestiegenen unteren Blasenpol an seinen normalen Platz zurückzubringen oder durch Raffung der Blasenwände eine partielle Schrumpfung herbeizuführen und dann den Uterus zur Stütze und Aufrechterhaltung der gesetzten Verhältnisse heranzuziehen. Gibt es eine Operation, die dies erreicht und durch die auch zugleich die Redression der fast immer in höherem oder geringerem Grade bestehenden Uterusdeviation möglich ist, so haben wir in ihr die Ideal-

operation. Es ist nun meine feste Überzeugung, daß die von A. Martin nunmehr schon in einer Zahl von ca. 1300 Fällen ausgeführte »tiefe« Vaginifixur diesen Zweck erreicht oder ihm mindestens von allen zur Anwendung kommenden Methoden am nächsten kommt. Ich muß auch an dieser Stelle immer und immer wieder betonen, daß die von A. Martin ausgeführte Vaginifixur etwas ganz anderes darstellt, als diejenige, deren Väter Mackenrodt und Dührssen sind. Jedenfalls ist bei einer Gesamtsumme von 30 veröffentlichten Geburten nach Vaginifixur, von denen 20 mit »hoher«, 10 mit »tiefer« Vaginifixur behandelt waren, bei der letzteren Serie auch nicht die geringste Geburtsstörung beobachtet worden, während die erstere 5 ernstlich komplizierte Verläufe aufweist. Inzwischen sind weitere 15 Fälle durch nichts komplizierter Geburten in der Martin'schen Klinik beobachtet worden, denen sich weitere 4 Fälle aus dem Rieck'schen Materiale anschließen. Einen besonderen Vorteil ferner bietet die Vaginifixur dadurch, daß in einer Sitzung ohne weiteren Lagewechsel der Frau alle Veränderungen an Portio und Scheide (Prolaps, Cystokele, Rektokele), die Verlagerung des Uterus und ihre Komplikationen durch perimetrische Veränderungen, die Geschwülste des Uterus und die meisten der Adnexerkrankungen in Angriff genommen werden können. Was bieten dagegen die Konkurrenzoperationen, die Alexander-Adams'sche Operation und die Ventrifixur in ihren verschiedenen Modifikationen. Die Alexander-Adams'sche Operation ist lediglich bei Retroflexio mobilis anwendbar, jedenfalls können ernstere Verwachsungen und Veränderungen an den Adnexen vom Leistenkanale aus lediglich durch den tastenden Finger ohne Kontrolle des Auges nicht beeinflußt werden. Spaltet man den Leistenkanal breiter, so ist diese Operation eben eine Laparotomie mit all ihren Folgen, größerer Mortalität, Hernienbildung etc., von denen schon eine ganze Anzahl veröffentlicht sind. Störend sind später auch noch die manchmal ungemein schmerzhaften Narbenneuralgien. Über die Ventrifixur, die bei »großem« Leibschnitt allerdings auch die Adnexe und perimetrischen Verwachsungen anzugreifen erlaubt, sind ernstere Geburtsstörungen in Menge veröffentlicht, sie hat das Odium der bedeutend größeren Mortalität, die jede Statistik über Laparotomien im Gegensatze zu einer solchen über vaginale Operationen ergibt und zeitigt ebenfalls eine größere Anzahl Hernien, die selbst bei Operateuren, wie Winter, Abel, Schauta trotz Etagennaht in Höhe von 8—23% vorkommen. Auch für die Olshausen'sche Methode der Ventrifixur der Lig. rotunda gilt das eben Gesagte, wenn auch in geringerem Grade. Und als letztes, an Dauererfolgen weist die Vaginifixur bessere Resultate als beide andere, besonders als die Alexander-Adams'sche Operation auf.

Herr Seifert erwähnt einen Fall, in dem er vor 1/4 Jahre eine Cystokele durch Kolporrhaphia anterior beseitigte, obwohl sich nachträglich Portiohypertrophie und Rektokele ausbildete.

Herr Seeligmann weist darauf hin, daß es im Hinblick auf die allgemeine Besprechung des behandelten Themas nicht ratsam sei, über den Wert oder den Unwert der Vaginofixation zu streiten. Als Ergänzungsoperation einer voraufgegangenen operativen Verengerung des Scheidenrohres ist seiner Ansicht nach weder die Vaginofixation noch die Alexander-Adams'sche Operation zu empfehlen, wenn es sich um eine hochgradige Erschlaffung der Aufhängebänder des Uterus handelt, da in diesem Falle auch die Blase, die Scheide und die Ligg. rotunda so erschlafft seien, daß sie dem zu fixierenden Organe nicht genügenden dauernden Halt geben. Unter diesen Umständen kommt nur die Ventrofixation in Betracht. S. hat die Technik dieser Operation so ausgebildet, daß er mit einer Öffnung von 3—4 cm auskommt, um den Eingriff lege artis zu vollenden. Die Einwirkung dieser Laparotomie auf die Pat. ist sehr gering und hat den Vorzug, daß man dabei das ganze kleine Becken übersehen und eventuell auch bestehende Adhäsionen unter Kontrolle des Auges lösen kann. Bauchbrüche sind bei diesem Verfahren nicht beobachtet worden; die kleine Narbe ist nach einiger Zeit kaum mehr zu erkennen. Wichtiger aber als die operativen Eingriffe ist die Pessarbehandlung des bestehenden Vorfalles. S. hat schon vor mehreren Jahren in einem

Vortrage in der Gesellschaft darauf hingewiesen und braucht er dem damals Gesagten über diesen Punkt nichts hinzuzufügen. Den von Staude empfohlenen gestielten Pessarien und den Lavedan'schen Apparaten möchte er nicht das Wort reden. In einem von ihm beobachteten Falle trat nach Gebrauch des Lavedans Portiokarzinom auf. Zum Schluß weist S. auf den häufigen Zusammenhang des inneren Hängebauches mit allgemeiner Splanchnoptose hin und betont die Notwendigkeit, auch diesen zu behandeln, sonst wird man die Pat. weder mit Pessarien noch mit Operationen von ihren Beschwerden befreien.

Herr Matthaei hat nach Gebhard's Methode jetzt 7mal glücklich operiert. Es gelang ihm in den letzten 5 Fällen stets unter Leitung des Auges die Fixationsnaht an die eingestülpten Bauchdecken zu legen. Auch er hält den sekundären Bauchbruch bei der Ventrofixation nicht für so häufig. Bei der Scheidenplastik ist größter Wert auf Bildung eines guten Beckenbodens zu legen.

Herr Schrader weist auch auf den Nutzen der Pessarbehandlung hin und betont die Wichtigkeit der Prophylaxe durch Gymnastik und Diät besonders im Wochenbette.

Herr Falk schließt sich dem durchaus an. Er benutzt mit Nutzen die Schultze'schen kalten Duschen und Einläufe im Spätwochenbett und Gymnastik. Auch er war Zeuge guter Erfolge von Thure Brandt. Besonders macht er noch aufmerksam auf die von Schatz beschriebene, gelegentliche subkutane Beckenbodenzerreißung während der Geburt.

Sitzung vom 17. Juni 1902.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

I. Demonstrationen:

Herr Mond zeigt eine apfelgroße Parovarialcyste. Dieselbe wurde mit Erhaltung des Ovarium ausgeschält, während die Adnexa der anderen Seite ganz abgetragen wurden. Die 21jährige Ehefrau wurde bald nach einem Abort mens. V. operiert.

M. zeigt ferner einen Tuboovarialtumor, welcher, vor $1^1/_2$ Jahren circa apfelgroß, plötzlich unter starkem Fieber der steril verheirateten Trägerin gewachsen war zu Doppelfaustgröße. Bei der nach vorläufiger Abfieberung vorgenommenen Laparotomie platzt der Tumor. Der Eiter ergießt sich in die Bauchhöhle. Deshalb wird zum Schnitte hinaus drainirt. Die Heilung verläuft bisher — 12. Tag — glatt.

Herr Staude legt 3 vaginal entfernte Myome vor:

1) Ein ca. apfelgroßes, submukös in der vorderen Uteruswand entwickeltes. Trotz Vaporisation waren starke Blutungen nicht verschwunden. Die Entfernung gelang durch vordere Kolpotomie.

2) Ein ca. kindskopfgroßes der hinteren Cervixwand. Das Myom ließ sich nach Spaltung derselben von unten enukleiren, während die Totalexstirpation für die geschwächte Pat. zu eingreifend erschien.

3) Einen Uterus myomatosus, der, primär prolabiert, totalexstirpiert wurde. Dann Kolporrhaphia ant. und post.

Alle glatt geheilt.

In der anschließenden Diskussion tritt Herr Seeligmann, unterstützt von Herrn Grube für die von Döderlein empfohlene Uterusspaltung ein, während Herr Staude und Herr Calmann dieselbe nur für die Fälle reservieren wollen, in denen der Uterus noch eine gewisse Beweglichkeit hat.

Herr Frank zeigt:

1) Ein faustgroßes Myom der vorderen Wand, das mit vorderer Kolpotomie enukleiert wurde.

2) Eine geplatzte schwangere Tube mit Fötus. Sie wurde in der 3. Schwangerschaftswoche wegen starker Blutung entfernt. Eine Hämatosalpinx der anderen Seite wurde gleichzeitig mitentfernt.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Staude wird fortgesetzt.

Herr Schrader bespricht in extenso die Wochenbettshygiene.

Herr Mond weist nach seiner Erfahrung die Thure Brandt'sche Massage zurück. Er hält dieselbe für wirkungslos und psychisch sehr bedenklich, wie er durch mehrere Krankenberichte beweist.

Herr Calmann will den Meteorismus im Wochenbett durch Diät bekämpfen. Er hält eine Binde sehr oft für nötig. Dieselbe läßt sich leicht aus Handtüchern herstellen. Massage hält er nicht für wirkungsvoll, wohl aber Gymnastik. Wichtig sei, zu starke Blasenfüllung zu vermeiden. Eine strenge Rückenlage der Wöchnerin sei nicht nötig.

Herr Seifert will auch die Massage nach Thure-Brandt ablehnen. Als nicht ungefährlich für den Beckenboden sieht er den langen Tiefstand des Kopfes des Kindes an. Dies sei vom Geburtshelfer zu beachten.

Herr Rose hält frühzeitige, aber leichte Massage für nützlich.

Herr Seeligmann hält eine den Unterleib entlastende Binde in der Schwangerschaft für nützlich, ebenso sei eine mehrfach umgewickelte Binde im Wochenbett nötig.

Herr Plate und Herr Roesing erklären sich gegen jede Binde im Wochenbette.

Herr Grube legt auf tägliche umfangreiche Stuhlentleerung (Ricinus) bei Wöchnerinnen den größten Wert. Es ist unglaublich, welche Mengen Kot Frauen, die 2—3 Tage kreißten, zu entleeren pflegen. Eine Wochenbettsbinde soll festen Sitz mit leichter Abnehmbarkeit vereinigen, um jederzeit bequem das Verhalten des Uterus kontrollieren zu können. Er beschreibt eine Barchentbinde in T-Form, die von A. Martin angegeben ist. Was die Entstehung der solitären Scheidenrisse anlangt, so hat er solche am häufigsten bei kräftigen Bauerndirnen mit stärkster Wehentätigkeit beobachtet. Er glaubt, daß eine geübte Hand einen Dammriß wohl stets vermeiden könne, daß aber eine sichere Einwirkung auf die Scheide nicht immer möglich sei. Er übt den Dammschutz stets in Rückenlage aus.

Auf Herrn Mond's Anregung beschreibt Herr Staude als solche ein einfaches Handtuch, das mit einigen rasch angenähten Bändern sich gut applizieren läßt.

Sitzung vom 11. November 1902.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

Demonstrationen:

Herr Seeligmann zeigt einen myomatösen Uterus und ein großes Myom. Es füllte das ganze kleine Becken aus. Nach Enukleation konnte der Uterus dann leicht nach Chrobak amputiert werden. Diesen auch von anderen Operateuren gelegentlich benutzten Weg will Vortr. als prinzipielle Methode festlegen. Pat. wurde am 20. Tage geheilt entlassen.

S. demonstriert eine exstirpierte Eiterniere. Bei der Totalexstirpation eines karzinomatösen Uterus per vaginam unter ausgiebiger Ausräumung der Parametrien war der Ureter nirgends zu Gesicht gekommen. Trotzdem trat am 9. Tage danach Harnträufeln ohne alle weitere Anzeichen von Erkrankung auf. Der Versuch der Fistelheilung mißlingt wiederholt. Es entwickelt sich schließlich eine Pyelonephritis und Eiterniere. Die Nephrotomie erschien nicht genügend und so wurde die Niere exstirpiert. Die Pat. erlag bald einem Karzinomrezidiv. Pat. war früher luetisch infiziert gewesen.

S. berichtet ferner über eine zweite Nephrektomie wegen ascendierender Erkrankung. Der Ureterkatheterismus war auch einem zugezogenen Chirurgen nie gelungen. Die Nephrotomie zeigte zu weitgehende Veränderungen, um konservativ verfahren zu können. Interessanterweise war die Frau früher lange Zeit als genitalkrank angesehen worden und schon vor 5 Jahren von dritter Seite eine Erkrankung der anderen Niere konstatiert worden. Dieselbe war jetzt suffizient.

Herr Mond fragt, ob nicht doch Ligatur des Ureters im 2. Falle vorgekommen sein könnte.

Herr Seeligmann betont nochmals die 9 Tage glatten Verlaufes vor Eintritt des Harnträufelns.

Herr Staude berichtet darauf über mehrere Fälle von Ureterverletzungen, wo keine oder ganz unbedeutende Symptome in den ersten 3—5 Tagen auftraten. Ferner berichten noch zur Sache die Herren Rose und Grube.

Herr Mond demonstriert:

1) ein kindskopfgroßes Uterusmyom, das mittels supravaginaler Amputation entfernt worden war. Die Indikation zur Laparotomie war gegeben durch starke Blutungen und durch den Sitz des Myoms, von dem ein gut faustgroßes Segment den Douglas ausfüllte und den Darm derartig komprimierte, daß Stuhlgang nur mit großer Mühe erzwungen werden konnte. Außerdem war das Myom besonders in letzter Zeit ziemlich rasch gewachsen. Mikroskopische Untersuchung ergab jedoch nichts Malignes. Glatter Heilungsverlauf.

2) Zwei faustgroße Adnextumoren, die bei einer 26jährigen Pat. mittels Laparotomie entfernt wurden; Tube und Ovarium sind beiderseits zu einem unlöslichen Klumpen verbunden; ausgedehnte Verwachsungen mit Darm und Netz; beim Auslösen linkerseits läßt sich das Platzen der Geschwulst und Erguß des Eiters in die Bauchhöhle trotz aller Vorsicht nicht vermeiden. Sorgfältige Reinigung — keine Drainage. Bei dem sehr stark entwickelten Panniculus adiposus der Pat. und der Infizierung mit den Eitersäcken keine Heilung p. pr. M. wendet bei diesen Vorkommnissen eine Mischung von Ricinusöl und Perubalsam an, mit der ein kleiner Gazestreifen getränkt und lose zwischen die auseinander gewichenen Wundränder gelegt wird. Die Heilung vollzieht sich bei dieser Behandlung recht schnell, sie regt gute kräftige Granulation an.

3) Eine Nabelschnur, die die enorme Länge von 148 cm darbot. Es handelte sich um eine 38jährige Dame, die einmal vor 18 Jahren entbunden war. In der Gravidität fiel M. die enorme Beweglichkeit der Frucht bei nicht vergrößerter Fruchtwassermenge auf. Bei Eintritt der Geburt stellte sich der Kopf mit Tiefstand der großen Fontanelle ein: die Wehen waren gut und kräftig, binnen 2—3 Stunden war der Muttermund kleinhandtellergroß; ein Tiefertreten des Kopfes trat nicht ein; auffällig war, daß während der Wehenpause ein deutliches jedesmaliges Zurückgehen des Kopfes bemerkbar wurde, ein Zustand, den M. im vorigen Jahre bei einer abnorm kurzen Nabelschnur zu beobachten Gelegenheit hatte. Zu gleicher Zeit auffallend rasches Langsamerwerden der kindlichen Herztöne, so daß schnelles Handeln am Platze war. Anlegen des Forceps und Entwicklung des tief asphyktischen Kindes. Die Nabelschnur zeigte sich 5mal vollständig um den Hals geschlungen, und zwar — infolge des durch die starken Wehen ausgelösten Vorwärtsgehen des Kopfes — fest angezogen. Nach mancherlei Bemühungen gelingt es, das kindliche Leben zu erhalten. Glatter Wochenbettsverlauf.

M. macht darauf aufmerksam, in all den Fällen, in denen das eben geschilderte Zurückgehen des Kopfes in der Wehenpause mehr als wir es bei normalem Partus immer zu sehen gewöhnt sind, zur Beobachtung kommt, und namentlich wenn zu gleicher Zeit eine Verlangsamung der Herztöne zu konstatieren ist, immer an zu lange oder zu kurze Nabelschnur mit den dadurch hervorgerufenen Folgezuständen zu denken und die künstliche Entbindung — sei es Zange oder Wendung — unverzüglich ins Werk zu setzen.

M. berichtet sodann über einen Geburtsfall, bei dem es sich um eine sehr schwierige manuelle Lösung der Placenta handelte. Die junge Frau war von verschiedenen Seiten wegen Sterilität behandelt, einer Discission unterzogen und mehrmals curettiert. Als nun schließlich Gravidität eingetreten war, bestand M. wegen fortgesetzten leichten Blutungen während der ersten Monate auf anhaltender Bettruhe, die 4—5 Monate durchgesetzt wurde. Die Geburt selbst verlief ganz glatt, eine kleine Damminzision lieferte nach guten Wehen ein kräftiges Kind, dann wurde von 5 Uhr Morgens bis $1/_2 8$ auf die Placenta gewartet, sichtbare Blu-

tung ganz unbedeutend, doch verlangte der Zustand der Frau doch schließlich ein energischeres Vorgehen. Credé'scher Handgriff mit und ohne Narkose ohne jeden Erfolg. Die manuelle Lösung gehört zu den schwierigsten, die dem Vortr. je vorgekommen sind. Die Placenta war in ganzer Ausdehnung fest mit dem Uterus verwachsen und ließ sich nur stückweise entfernen. Es ist anzunehmen, daß es bei den Blutungen und dem drohenden Abort in den ersten Schwangerschaftsmonaten zu teilweiser Ablösung der Placenta und späterer Organisation und dadurch fester Verwachsung zwischen Uteruswand und Placenta gekommen ist. Aus dem Falle ist zu ersehen, daß man in ähnlichen Fällen, wo es sich um Blutungen in den ersten Monaten, drohendem Abort und Weitergang der Gravidität handelt, auf ähnliche Folgen gefaßt sein muß. Glatter Verlauf des Wochenbettes; höchste Temperatur einmal abends 38.

Herr May fragt, ob die Ansicht der anwesenden Herren immer noch für so langes Zuwarten in der Nachgeburtsperiode sei, wie die Lehrbücher sagten.

Die Herren Staude, Grube, Mond und Seeligmann sind für tunlich langes Zuwarten. Herr Falk weist dabei noch auf die von B. S. Schultze gegebenen Zeichen für den Austritt der Placenta aus dem Uterus hin.

Sitzung vom 25. November 1902.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

Herr Grube berichtet über einen Fall von Bartholinitis acuta als Geburtshindernis. In der linken großen Labie bestand ein faustgroßer Abszeß, der durch seine Größe und Schmerzhaftigkeit den Austritt des Kopfes hinderte. Nach Spaltung des Abszesses rascher spontaner Verlauf. G. betont die Gefährlichkeit solcher Abszesse für intra-uterine Eingriffe intra partum. Hier verlief das Wochenbett ganz glatt.

Herr Calmann möchte glauben, daß die Bartholinitis nicht gonorrhoischen Ursprunges gewesen sei.

Neueste Literatur.

5) L'obstétrique 1902. Heft 3. Mai.

1) Paul Bar (Paris). Über die Berechtigung zur Ausführung geburtshilflicher Eingriffe in Fällen von Geburtshindernissen beim engen Becken.

Es handelt sich um die Frage, ob der Geburtshelfer genötigt ist, in den Fällen, wo es sich um einen schweren Eingriff handelt, den Wunsch der Gebärenden, bezw. der Familie zu berücksichtigen. Die Arbeit bildet eine Fortsetzung bezw. Ergänzung zu der von demselben Verf. herrührenden und in Nr. 29 des vorigen Jahrganges des Zentralblattes für Gynäkologie referierten Veröffentlichung »Über die Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und der Embryotomie des lebenden Kindes«. Der Verf. behandelt sein Thema, indem er 6 Fragesätze aufstellt.

I. Ist der Geburtshelfer verpflichtet, die Gebärende davon zu unterrichten, wenn er sich zur Ausführung einer Operation entschlossen hat?

Die Ansicht, daß dem Arzt damit, daß er von einer Gebärenden mit der Entbindung betraut ist, eine vollständige Freiheit des Handelns zukommt, ist irrig. Handelt es sich um Fälle, wo ein schwerer Eingriff für Mutter oder Kind in Frage kommt, so ist der Arzt verpflichtet, die Mutter über die Sachlage aufzuklären, widrigenfalls er das in ihn gesetzte Vertrauen mißbrauchen würde.

II. In welcher Weise ist die Gebärende über die Sachlage aufzuklären?

Es ist von einigen Autoren der Standpunkt vertreten worden, daß es genügt, der Frau zu sagen, »daß man ihr helfen wolle«, möge es sich um einen noch so

schweren Eingriff handeln. Dieser Standpunkt heißt das in den Arzt gesetzte Vertrauen mißbrauchen; es ist zweierlei, ob die »Hilfe« in einer Beckenausgangszange oder in einer Sectio caesarea oder Embryotomie besteht. Muß man nun demnach der Gebärenden alle die ihr drohenden Gefahren, sowie das Für und Wider der in Betracht kommenden Operation auseinandersetzen? Der eine Geburtshelfer, der sich darauf beschränkt, der Frau zu sagen, man werde ihr helfen, sagt zu wenig, der andere, welcher der Kreißenden alle Eventualitäten auseinanderlegt, sagt zu viel. Es heißt, die Rollen vertauschen, wenn man der Pat. überläßt, die in Betracht kommende Operation zu wählen. Hier hat der Arzt zu entscheiden, und es handelt sich nur darum, ob die Pat. zu der von dem Arzt beabsichtigten Operation ihre Einwilligung gibt oder nicht.

III. Ist der Geburtshelfer berechtigt gegen den Willen der Gebärenden zu handeln?

Diese Frage ist mit Nein zu beantworten. Wenn die Ansicht des Arztes nicht gebilligt wird, so hat er zurückzustehen. Nach den zur Zeit herrschenden Gesetzen ist die Frau unumschränkte Herrin darüber, ob sie irgend eine Operation über sich ergehen lassen will oder nicht.

IV. Was hat zu geschehen, wenn eine Gebärende die vorgeschlagene Operation zurückweist, und eine andere verlangt; muß ihrem Wunsche nachgegeben werden?

In diesem Falle steht die Entscheidung vollständig bei dem Arzte, er kann vollständig nach seinem Ermessen handeln, d. h. sich dem Wunsche der Gebärenden fügen oder nicht; jedenfalls kann die Gebärende ebensowenig verlangen, daß der Arzt sich ihrem Entschluß fügt, als umgekehrt.

V. Inwieweit hat sich der Geburtshelfer nach dem Willen der Umgebung der Gebärenden zu richten?

Wenn die Kreißende im vollen Besitz ihres freien Willens ist, so kommt die Ansicht ihrer Umgebung nicht in Betracht, in anderen Fällen ist die Familie zu fragen, mit Ausnahme, wenn es sich um Notfälle handelt.

VI. Darf der Geburtshelfer in Fällen, wo die Frau nicht im Vollbesitz ihres freien Willens ist, gegen den ausdrücklichen Wunsch ihrer Umgebung handeln?

Maxwell, welcher vom juristischen Standpunkte diese Frage behandelt, hat (cf. Semaine méd. 1901, Oktober 30), ist der Ansicht, daß der Geburtshelfer in diesen Fällen diejenige Operation zu wählen hätte, welche für die Mutter am wenigsten Gefahren mit sich bringt. Dem gegenüber soll der Arzt nach Ansicht des Verf. bei der Fassung seines Entschlusses nur die Interessen von Mutter und Kind abwägen, da er allein unabhängig und unparteiisch zu urteilen vermag. Ist die Umgebung der Gebärenden mit der vom Arzt beabsichtigten Operation nicht einverstanden, so hätte sich der Arzt in Fällen, wo keine Gefahr im Verzug ist, an eine öffentliche Behörde zu wenden, welche ihm den nötigen Rückhalt gewähren kann, um unter Umständen auch gegen den Widerstand der Umgebung zu handeln. Erfordert der Fall, wie so oft in der Geburtshilfe, ein sofortiges Eingreifen, so soll der Arzt, wenn sich die Umgebung der Kreißenden mit dem beabsichtigten Eingriff absolut nicht einverstanden erklärt, seine weitere Hilfe ablehnen, da er sonst nach den zur Zeit bestehenden Gesetzen Gefahr laufen würde, mit schweren Ersatzansprüchen belästigt zu werden.

2) L. Bouchacourt (Paris). Über die künstliche Verwendung der Nachgeburtsteile.

Die Arbeit bildet die Vervollständigung zu der Veröffentlichung desselben Verf. »Über die natürliche Verwendung der Nachgeburtsteile« (in Nr. 29 des Zentralblattes für Gynäkologie 1902 referiert). In Marokko verhindert man das Auffressen der Nachgeburt von Seiten des Weibchens, weil man glaubt, daß dann nur Männchen gezeugt werden, was für die Landwirte nicht wünschenswert ist. Mit Keiffer (Brüssel) nimmt der Verf. an, daß in der Placenta Fermente gebildet werden, welche auf die sekretorischen Elemente der Brustdrüsen des Neugeborenen und der Mutter reizend wirken.

In therapeutischer Beziehung haben die Nachgeburtsteile seit Hippokrates' Zeiten die mannigfachste Verwendung gefunden: Als Suppositorien in die Vagina eingelegt, um die Konzeption zu erleichtern, als Kataplasma auf den Leib der Mutter, um die Beendigung der Entbindung zu beschleunigen, sowie als Mittel gegen Nachwehen. Endlich eine wenig appetitliche Verwendung der Nachgeburtsteile besteht darin, daß die Placenta eines Knaben auf das Gesicht der Mutter gelegt wird, um Sommersprossen zu vertreiben. Auch für das Kind soll sich die Verwendung der Placenta nützlich erweisen. Beim Scheintod der Neugeborenen ist die noch warme Nachgeburt den Kindern auf den Leib zu legen. Sehr eigenartig ist auch der Brauch, bei lebensschwachen Kindern die Placenta in Wein oder Wasser zu tauchen, bezw. zu sieden, wobei die durch die Nabelgefäße aufsteigenden »Geister« das Kind beleben sollen. Ebenso sollen die bei der Verbrennung entstehenden Dämpfe eine wiederbelebende Wirkung auf das Kind haben.

Auch sonst wurden den Nachgeburtsteilen zu allen Zeiten und bei allen Völkern besondere Wirkungen zugeschrieben. Bekannt ist der Aberglaube, daß es für den Neugeborenen von besonders glücklicher Vorbedeutung sei, wenn er in der Glückshaube geboren wird (»naître criffé«). Als Kuriosum mag erwähnt werden daß der Kaiser Antonius Pius mit der Glückshaube geboren wurde, weshalb er den Beinamen Diadamenes (Gekrönter) bekommen haben soll. Die Nachgeburtsteile und insbesondere die Glückshaube waren für abergläubische Leute ein sehr begehrter Artikel, weshalb von den Hebammen damit ein ebenso schwunghafter als einträglicher Handel getrieben wurde, und es wird gegen diesen Unfug von verschiedenen Herausgebern von Hebammenlehrbüchern geeifert.

Auch der Nabelschnurrest ist bei vielen Völkern Gegenstand des Aberglaubens. Bei den Japanern wird derselbe sehr sorgfältig bewahrt, er wird in weißes Papier eingewickelt, auf welches die Namen der Eltern aufgeschrieben sind, und muß nun von seinem Besitzer bis zum Tode getragen werden, wird auch mit ihm begraben.

Was die endlichen Schicksale der Nachgeburtsteile anlangt, so scheint in Europa bis zum 17. Jahrhundert ihre Verbrennung allgemein Sitte gewesen zu sein. Seit dieser Zeit wurde diese Sitte als unglückverheißend (Puerperalfieber für die Mutter verlassen, und meistens durch Begraben ersetzt, woran sich dann noch häufig besondere Ceremonien knüpfen.

3) P. Planchau. Über die Dauer des Stillens.

Die Untersuchungen, welche in der Poliklinik für Säuglinge in der Klinik Tarnier angestellt wurden, erstrecken sich darauf, wie lange und in welchem Grade die Mütter ihre Kinder vollständig zu stillen imstande sind und wie lange sie Milch in der Brust haben. Unter 245 Frauen, welche mindestens 7 Monate lang beobachtet wurden, haben 158 (64,4%) vollständig gestillt, 73 (29,8%) hatten nicht genügend Milch, 14 (5,7%) hatten überhaupt keine Milch. In 3 Fällen bekamen die Mütter eine Mastitis auf einer Seite; trotzdem waren dieselben imstande, ihre Kinder mit der gesunden Brust vollständig weiter zu stillen. Starke Gemütsbewegungen haben häufig einen Einfluß auf die Milchsekretion, der aber gewöhnlich nur vorübergehend ist. Während in 2 Fällen, wo die Mütter an Albuminurie litten, die Milchsekretion eine vollständig ausreichende war, mußten die Kinder bei akuten Erkrankungen (Pleuritis, Herzfehler) abgesetzt werden. Der Einfluß des Wiedereintritts der Menstruation bei den Müttern auf die Säuglinge, bestehend in Diarrhöe, Erbrechen und Gewichtsabnahme, ist sehr häufig zu beobachten, für die Dauer des Stillens und für die Qualität der Milch ist er jedoch gering.

Heft 4. Juli.

1) Ch. Maygrier. Prognose und Therapie des kriminellen Aborts.

Der kriminelle Abort ist viel häufiger als man nach den zur Kenntnis der Gerichte gelangenden Fällen erwarten sollte und bildet eine wirkliche soziale Plage und eine wichtige Ursache der Entvölkerung. Unter 745 Aborten, welche in der geburtshilflichen Abteilung von Lariboisière 1895 bis 1898 und in der

Charité von 1898 bis 1902 beobachtet wurden, findet M. 44 kriminelle Aborte (5,92%). Die Diagnose auf kriminellen Abort wurde gestellt teils aus den unter dem Siegel des Berufsgeheimnisses erfolgten Geständnissen, oder der Nichtbeantwortung daraufhin gestellter Fragen, teils durch den objektiven Nachweis von Verletzungen in den Genitalien. Bei den spontanen Aborten betrug die Mortalität 0,57%, bei den kriminellen 56,81%. In keinem Falle war der Abort erfolgt durch Einnehmen von sogenannten Abortivmitteln, sondern alle waren zurückzuführen auf Manöver von Seiten fremder dem Heilpersonal angehöriger Personen oder nicht. Die Manöver bestanden im Einführen von Kanülen, Stricknadeln, Knopfhaken etc. in den Uterus oder Scheide, oder in intra-uterinen Einspritzungen, wobei Lösungen von »schwarzer Seife« besonders bevorzugt wurden. Im 3. und 4. Schwangerschaftsmonate war der kriminelle Abort am häufigsten. In 2 Fällen wurden die Prozeduren vorgenommen bei vermeintlicher Schwangerschaft; der eine endete sogar tödlich. Die Sektion, welche unter 25 tödlich verlaufenen Fällen nur bei 10 gemacht werden konnte, ergab allgemeine Peritonitis in 7 Fällen, darunter 2 mit Perforation des Uterus, Pneumonie und vereiterte Lungeninfarkte in 2 Fällen. Von einer gerichtlichen Autopsie fehlt der Befund. Die Prognose ist um so günstiger, je frühzeitiger die Frauen in ärztliche Behandlung kommen. Während beim Einsetzen der ärztlichen Behandlung in den ersten 2 Tagen nach Auftreten der Zeichen des Aborts 47% geheilt wurden, sind es bei denen, die nach 3 und mehr Tagen in Behandlung kommen nur 34,78%. Die beste Behandlung des kriminellen oder auch nur verdächtigen Aborts soll in der sofortigen Ausräumung des Uterus bestehen.

Von der Aufklärung der Frauen über die Gefahren der kriminellen Aborte verspricht sich der Verf. keinen großen Erfolg für deren Verminderung, ebensowenig von der Anzeigepflicht der erfolgten Aborte überhaupt.

2) Perret. Die Puerperalinfektion in der Klinik Tarnier vom 1. November 1900 bis 1. November 1901.

In der Isolierstation der Klinik Tarnier wurden in dieser Zeit 275 Frauen und 73 Kinder behandelt. Unter den 275 Frauen waren 127, bei denen die Puerperalinfektion genitalen Ursprungs war; darunter waren 96 tatsächlich infiziert, d. h. die Temperatur überstieg 38°. In den leichten Fällen genügte eine intrauterine antiseptische Ausspülung, um plötzlichen Temperaturabfall zur normalen herbeizuführen. Meistens aber genügte dies nicht und es mußte zur digitalen Ausräumung und Auswischung der Gebärmutterhöhle übergegangen werden. Der Arbeit sind eine große Anzahl Krankengeschichten mit Temperaturkurven beigegeben.

3) Quillier. Über die dem Bedürfnis sich anpassende Vermehrung der Milchsekretion der Mutter.

Der Verf. hat 3 Fälle von Mastitis beobachtet, wo die Sekretion der einen Brust genügte, um das Stillen fortzusetzen. Die Brustdrüse verlangt angeregt zu werden und gibt nur so viel Milch als man verlangt. Bei Abszedierung der einen Brust kann die andere in einigen Tagen den Ausfall decken.

4) Louis Pierra. Die Brustdrüsenentzündung der Neugeborenen.

Die Milchsekretion bei den Neugeborenen ist nach den Arbeiten von Guillot und Gübler eine durchaus physiologische Erscheinung, dagegen ist das Auftreten einer Brustdrüseneiterung, insbesondere beim weiblichen Geschlecht sehr verdrießlich. In 3 Fällen von eitriger Brustdrüsenentzündung, welche in der Klinik Tarnier zur Beobachtung kamen, wurde die Expression der Brustdrüse nach Budin angewandt und Heilung erzielt. Die Entleerung der Brust muß so bald wie möglich gemacht werden; das gleichzeitige Bestehen einer Lymphangitis bildet keine absolute Kontraindikation für die Expression. **A. Wagner** (Stuttgart).

Geburtshilfliches.

6) Staude (Hamburg). Bericht der Entbindungsanstalt pro 1899 und 1900.

(Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. VII. Jahrg. 1899/1900.) Hamburg, Leopold Voss, 1902.

Kurze zahlenmäßige Berichte.

1899 wurden 675 Personen verpflegt; 579 wurden entbunden. 75 Geburten machten einen operativen Eingriff nötig. Von den Müttern starben 6, 1 an Eklampsie, 1 an Pneumonie, 4 an Sepsis. Von den lebend geborenen Kindern starben 30 (darunter 17 frühzeitige), also etwa $5^1/_2$%; davon 3 an Nabeleiterung. Es wurden 11 gynäkologische Operationen ausgeführt.

1900 wurden 731 Frauen entbunden. Die Zahl der Neugeborenen betrug 736, wovon 49 tot zur Welt kamen. Ferner kamen 10 Aborte, darunter 2 Blasenmolen und 3 Extra-uterin-Graviditäten zur Behandlung. 78mal wurde operativ eingegriffen. Bei 11% der Entbundenen trat im Wochenbett eine Temperatursteigerung von über 38° auf mehrere Tage ein. An Puerperalfieber erkrankten 3, von denen 2 starben, 1 geheilt wurde. An Verblutung starb eine Frau mit Blasenmole, 1 mit Placenta praevia. 2 Eklamptische starben im Anfall. Von den lebend geborenen Kindern starben 21, darunter 4 an Nabelvenenentzündung mit folgender Pyämie. Bei 12 Neugeborenen trat eine Conjunctivitis blennorrhoica auf.

Beifferscheid (Bonn).

7) E. Pollack (Berlin). Querer Fundalschnitt und Tubenresektion bei Sectio caesarea.

Inaug.-Diss. Berlin, 1902.

37jährige Frau: 1. Geburt Perforation; 2. Geburt Wendung, Extraktion, Kind tot; 3. Geburt künstliche Frühgeburt, Kind tot; 4. Geburt Abort, Conjugata vera 7 cm (Spinae 26,5, Cristae 27,5, Conjugata externa 17,5). Sectio caesarea (Strassmann), lebendes Kind, leichte Extraktion, Placenta durch den Schnitt nicht getroffen, geringe Blutung. Tamponade des Uterus nach der Scheide. Uterusnaht mit durchgreifenden Seidenknopfnähten, darüber fortlaufende Katgutnaht. Doppelseitige Tubenresektion, Exzision eines kleinen Myomknotens. Fieberfreies Wochenbett, primäre Wundheilung. Den von Hübl, Hahn und Schroeder zusammengestellten 91 Fällen werden 29 weitere, neuerdings in der Literatur beschriebene angereiht.

Stoeckel (Bonn).

8) J. M. Munro Kerr (Glasgow). Sectio caesarea, mit Mitteilung von einer Serie von 9 glücklich verlaufenen Fällen.

(Glasgow med. journ. 1902. Juni.)

Alle 9 Mütter und 8 Kinder blieben am Leben. Verf. schreibt das in erster Linie dem Umstande zu, daß die meisten der Frauen vor Geburtsbeginn in die Anstalt geliefert wurden, und daß nur an einer einzigen vorher Entbindungsversuche gemacht worden waren. K. machte 6mal den gewöhnlichen Längsschnitt, 3mal den Fritsch'schen Fundalschnitt. Er gibt zu, da sich das Kind mit letzterem sehr leicht extrahieren lasse, daß die Uteruswunde sich besser nähen lasse, und daß die höhere Lage der Bauchwunde gewisse Vorteile biete zur Verhütung von Bauchhernien; fand aber nicht, daß die Blutung geringer war oder die Placenta weniger leicht getroffen wurde. Er traf sie bei seinen 6 Längsschnitten 2mal, bei den 3 fundalen 1mal zentral, 1mal marginal. Die Blutung war bei einem der Fundalschnitte sogar sehr beträchtlich und stand nicht durch seitliche Suturen. Besonders günstig erschien ihm als Enderfolg der mit Fundalschnitt Behandelten die hohe und in jedem Falle sehr feste Fixation des Uterus an der Bauchwand.

Zeiss (Erfurt).

9) Kidd (Dublin). Einleitung der künstlichen Frühgeburt; Enukleation eines Fibroids aus der Cervix.

(Dublin journ. of med. sciences 1902. Mai.)

Tumor im 4. Monat der Schwangerschaft konstatiert; Pat. zum 7. Monat behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt wieder bestellt. Nach 34 Stunden ist durch Bougies die Cervix auf 2fingerbreite eröffnet, und nun zeigt eine Digitaluntersuchung in Narkose, daß der Tumor doch zuviel von der Peripherie des Mutterhalskanals einnimmt, um eine spontane Entbindung zu ermöglichen. Derselbe wird also enukleiert und die Höhle teils vernäht, teils mit Jodoformgaze tamponiert. 7 Stunden post op. hörten die Uteruskontraktionen auf, nach 40 bis 48stündiger Dauer, und traten erst nach 10 Tagen wieder ein. Der Muttermund schließt sich dabei wieder vollkommen. Das Geschwulstlager infizierte sich und verlangte entsprechend neue Versorgung und Auswaschung. 12 Stunden nach der endlichen Geburt des Kindes Schüttelfrost 'mit hohem Fieber, was aber bald wieder zur Norm sank. Mutter stillt selbst, Kind bleibt erhalten.

Zeiss Erfurt).

10) Müller (Königsberg). Über die Geburt beim kyphotischen Becken.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1901.

Die mit 2 Photogrammen der betreffenden Pat., einem Radiogramm des Beckens und einer 18 (nicht in der Klien'schen Aufzählung aufgeführten) Fälle umfassenden Tabelle ausgestattete Arbeit enthält einen eigenen, vom Ref. seinerzeit mit beobachteten Falle von im Ausgange querverengten kyphotischen Becken. Derselbe betrifft eine 128 cm lange, 31jährige Ipara, die im 4. Jahre von einem Strohschober fiel und sich einen vom 3.—12. Brustwirbel reichenden Buckel zuzog, dessen größte Prominenz am Dornfortsatz des 8. Brustwirbels liegt. Entfernung vom akromialen Ende der Clavicula bis zur Crista ossis ilei 21 cm. Oberhalb des Gibbus zwischen den Schulterblättern findet sich eine fingerlange tiefe Grube. Hochgradige kompensierende Lordose der Halswirbelsäule. Vertiefung des Thorax von vorn nach hinten. Typischer Gang. Stark verringerte Beckenneigung. Spitzwinkliger Hängebauch mäßigen Grades. Abflachung der Darmbeinschaufeln. Maße: Dist. spin. 27, Dist. crist. 29,5, Conj. ext. 17, Lin. innom. per vag. zur Hälfte abtastbar, Spin. ischii genähert. Os sacrum abtastbar. Promont. auf 12,2 cm nicht erreichbar; Conj. diag. schätzungsweise 13,7 cm. Maß der Spin. 9 cm, der Tub. 6 cm. Arcus pubis eng. Graviditätsbeschwerden: Dyspnoë, Schmerzen in der Herzgrube. Therapie in der Gravidität: Leibbinde. Spontane Frühgeburt im 9. Monat nach ca. 32stündigem Kreißen; kräftige Wehen, langsame Eröffnung der weichen Wege, Blasensprung bei handtellergroßem Muttermund, als der Kopf in der Beckenweite stand. Dauer der Austreibung ca. 1 Stunde. Geburt unter seitlichen Damminzisionen in II. Vorderhauptslage. Kind männlich, 47 cm lang, 2700 g, stirbt bald.

In ähnlichen Fällen wäre unter jeweiligem Abzug von 1 cm für die Weichteile außer dem Breisky'schen äußeren geraden Durchmesser der Beckenenge und der Dist. tub. ischii noch zu nehmen das Klien'sche Maß des äußeren, hinteren, sagittalen Durchmessers des Beckenausganges von der Mitte der Verbindungslinie der Sitzbeinknorren zur Außenfläche der Kreuzbeinspitze.

Bruno Bosse (Chemnitz).

11) Michelsen (Königsberg i/Pr.). Beiträge zur Prognose und Therapie des Vorliegens und Vorfalles der Nabelschnur.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1901.

Verf. berücksichtigt 100 in die Zeit von 1894—1900 (also unter die Direktorate Dohrn und Winter) fallende Geburtsgeschichten der Königsberger Frauenklinik. Indem in Bezug auf die Statistik auf das Original verwiesen wird, seien nur die Winter'schen Grundsätze in der Therapie erwähnt:

1) Bei Querlage mit Nabelschnurvorfall ist Zuwarten am Platze, bis die innere Wendung mit unmittelbar angeschlossener Extraktion gestattet ist. Vorliegen der Nabelschnur hat keine Bedeutung.

2) Bei Beckenendlagen und Nabelschnurvorfall ist sobald wie möglich zu extrahieren, event. am herabgeschlagenen Fuße oder am vollen Beckenende, vielleicht unter Muttermundsinzisionen.

3) Vorliegen der Nabelschnur bei Geradlagen ist durch Lagerung oder vorsichtige Reposition zu bekämpfen. Bei negativem Erfolge ist bis zur vollständigen Eröffnung zu warten und dann Wendung und Extraktion zu machen.

4) Schädellage mit Nabelschnurvorfall erheischt bei engem Muttermund manuelle Reposition bezw. bei Nichterfolg kombinierte Wendung, dagegen bei erweitertem Muttermund Wendung und Extraktion. Ist der Kopf im Becken, so ist der Forceps indiziert. **Bruno Bosse** (Chemnitz).

12) De Lee (Chicago). Die Couveusen der Entbindungsanstalt in Chicago.

(Sonderdruck 1902.)

Die Couveuse erfreut sich in der Entbindungsanstalt in Chicago einer besonderen Pflege. Ein Apparat wurde vom Verf. konstruiert, der sowohl in Bezug auf die Wärmeregulierung als auch die Ventilation eine außerordentlich feindurchdachte Vervollkommnung erfahren hat. Der Thermoregulator ist mit Hilfe von Kapseln, die Chloräthyl enthalten, dargestellt. Die Zuströmung zu kalter Luft bei raschem Temperaturwechsel wird sinnreich verhindert. Auch für den richtigen Feuchtigkeitsgehalt der Luft ist Sorge getragen.

Die Indikationen für die Anwendung der Couveuse sind sehr zahlreiche. Außer schwacher Entwicklung kommen auch alle möglichen Erkrankungen in Frage, wie Ödem, Cyanose, subnormale Temperatur, hämorrhagische Diathese, Erkrankungen der Respirationsorgane, Syphilis etc.

Ein besonders wichtiger Punkt ist, daß unreife Kinder möglichst rasch in den Inkubator gebracht werden, jede Minute, die das Kind länger der Außenluft ausgesetzt bleibt, vermindert die Chancen für die Erhaltung seines Lebens.

Besondere Sorgfalt erfordert die Ernährung. Bäder werden nicht gegeben.

Unter den Erkrankungen, welche Couveusenkinder gern befallen, ist zunächst die Sepsis zu nennen. Die Ophthalmie zeigt meist einen sehr virulenten Verlauf, wahrscheinlich infolge der Wärme, die dem Wachstum der Bakterien sehr günstig ist. Nasen-Rachenkatarrh, ähnlich dem luetischen, wie er in Paris in der Maternité mehrfach beobachtet wurde, kam in Chicago nicht vor.

Nicht selten ist Synkope. Die Kinder »vergessen« einfach zu atmen. Auch Ersticken infolge Erbrechens gehört zu den häufigeren Vorkommnissen.

Die überaus günstige Wirkung der Couveuse ist aber nach den Statistiken — namentlich aus der Maternité — über jeden Zweifel erhaben.

G. Frickhinger (München).

13) Bacon (Chicago). Die Bedeutung der Expression in Fällen mäßiger Beckenverengerung.

(Sonderdruck 1902.)

Die wahrscheinlich älteste aller geburtshilflichen Operationen, die Expression des Fötus, ist gegenüber der Extraktion am Beckenende, sowie dem Gebrauch der Zange sehr in Vernachlässigung geraten. Und doch leistet dieselbe unter gewissen Bedingungen ganz vorzügliche Dienste, wie Verf. an einem Beispiel darzutun versucht. Es handelte sich um ein mäßig verengtes Becken von ca. 8,5 cm Conjugata. Bei einer vorhergehenden Geburt war unter Anwendung der »hohen Zange« ein totes Kind geboren worden. Dem Verf. gelang es durch Umfassen des Kopfes von außen, während der Muttermund noch nicht völlig erweitert, die Blase aber gesprungen war, unter kräftigem Druck den Kopf ins Becken hineinzubefördern. Hätte Verf. sich verleiten lassen, die »hohe Zange« anzulegen, so wäre es — so

meint er — sehr fraglich gewesen, ob er ein lebendes Kind bekommen hätte, ganz abgesehen von den Gefahren für die Mutter.

Diese Methode der Expression, wobei man nicht wie Kristeller den Fundus, sondern direkt den Kopf umfaßt, empfiehlt Verf. in allen Fällen zu versuchen, wo ein mäßiger Grad des verengten Beckens vorliegt und trotz kräftiger Wehen der Kopf nicht ins Becken eintritt. **G. Frickhinger** (München).

14) **Weighard** (Hamburg). **Experimentelle Studien zur Eklampsiefrage.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 35.)

In einem am 19. Oktober 1901 in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden von Dr. Weichardt gehaltenen, in Nr. 52, Jahrgang 1901, der Münchener med. Wochenschrift veröffentlichten Vortrage »Moderne Immunitätslehre« heißt es:

»Eine zweite regulatorische Einrichtung, die eine etwaige Autotoxinwirkung im Organismus unschädlich macht, ist sicher die Bildung von Antiautotoxinen. Fehlt die Antiautotoxinbildung oder ist sie mangelhaft, so werden die Autotoxine natürlich ihre schädlichen Wirkungen entfalten können. Versuche, die augenblicklich am hiesigen pathologischen Institute im Gange sind, scheinen dafür zu sprechen, daß bei der Eklampsie dieser Faktor eine wesentliche Rolle spielt. Ich möchte mir erlauben, auf diese Versuche noch ganz kurz einzugehen. Durch Schmorl's Untersuchungen über Eklampsie wurde nachgewiesen, daß sich in den Gefäßen Eklamptischer auffallend viel aus der Placenta stammende Elemente, die Syncytialzellen, vorfinden. Nun haben die Forschungen, selbst namhafter Bakteriologen, die darauf gerichtet waren, etwaige Erreger der Eklampsie zu finden, nie zu einem befriedigenden Resultate geführt. Nicht mit Unrecht konnte man daher im Sinne der modernen Immunitätslehre vermuten, daß auch hier, bei der Eklampsie, die Cytotoxine eine Hauptrolle spielen. In der Tat haben wir bei Kaninchen, bei denen wir die antikörperbildende Fähigkeit des Organismus durch einen Kunstgriff zu umgehen wußten, durch Injektion von Placentarelementen Leberveränderungen erzeugt, die denen bei der menschlichen Eklampsie frappant ähnlich sind.«

Die Injektion von Placentarelementen gestaltete sich, wie aus der jetzt erschienenen ausführlichen Veröffentlichung hervorgeht, in folgender Weise: Einer Anzahl Kaninchen wurde unter aseptischen Kautelen am Ohr von Blut vollkommen befreites, in physiologischer Kochsalzlösung fein verteiltes menschliches Placentargewebe von Zeit zu Zeit injiziert, bis das Blutserum dieser Tiere, wie sich am hängenden Tropfen leicht nachweisen läßt, Placentargewebe löste.

In derartigem syncytiolysinhaltigen Kaninchenserum wurde wiederum blutleeres menschliches Placentargewebe durch Verreiben sorgfältigst verteilt und je 1 ccm dieser Emulsion unter aseptischen Kautelen kräftigen, weiblichen Kaninchen an der Ohrwurzel injiziert. Durch das Syncytiolysin waren die Syncytialzellen aus ihrem Molekularverbande gelöst und die jetzt frei werdenden Toxine waren in so großer Menge vorhanden, daß die normalerweise vorhandenen Antitoxine des Kaninchenorganismus zu ihrer Sättigung nicht genügten.

Während 6 Kaninchen die Injektion reaktionslos ertrugen, starben 3 von den Tieren unter Krämpfen, und zwar stets nach einer Latenzzeit von 3 Tagen.

In den Kaninchenleichen waren alle die für Eklampsie charakteristischen Erscheinungen nachweisbar: anämische und hämorrhagische Lebernekrosen, Thrombosen kleinerer Gefäße und albuminös getrübte Nierenepithelien.

(Selbstbericht.)

15) **Walter.** Fall von »Missed abortion«.

(Hygiea F. II. Jahrg. 2. 1902. August. [Schwedisch.])

43jährige Frau, IXpara. Letzte Geburt 15. Februer 1899. Letzte Menstruation Mitte November 1900, Kindesbewegungen Anfang April 1901. Während der Schwangerschaft Influenza. Kindesbewegungen zuletzt 5. Juli 1901. Seitdem Verminderung des Bauches. 14. September Fundus uteri 3 Querfinger unter dem

Nabel, weich: Cervix geschlossen. Kolostrum in den Brustdrüsen. Die Hebamme hatte bei der Pat. Mitte Juli den Fundus uteri 3 Querfinger oberhalb des Nabels gefunden. 29. September Wehen. Nach 4 Stunden Geburt des Eies. Die Nachgeburt war mit dem Gesicht verklebt, die Nabelschnur einmal um den Hals geschlungen.

Die Frucht, ein Mädchen, war faltig und geschrumpft, 32 cm lang, 500 g schwer. Wochenbett normal. Verf. nimmt an, daß das Ei nach Absterben der Frucht etwa im 8. Schwangerschaftsmonate 3 Monate lang im Uterus verblieben war, ehe es ausgestoßen wurde. **Lönnberg** (Karlshamn).

16) **F. Lebram.** Über Rupturen im Fundus uteri.

Inaug.-Diss., Königsberg, 1901.

L. schildert einen seltenen Fall von Fundusruptur, welcher bei einer 36jährigen IIIpara nach Zangenextraktion bei IIb-Lage sich ereignete. Die Ruptur saß an der invertierten Placentarstelle und wurde erst bei der Lösung der allseitig adhärenten Placenta mit Sicherheit erkannt. (Auch bei dem 1. Partus der Frau war Placentarlösung notwendig gewesen. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Zottenarrosion, dagegen Schwund der elastischen Elemente, Degeneration der Muskelfasern und Verbreiterung sowie Ödemisierung der Bindegewebsanteile.

Von den aus der Literatur zusammengestellten 48 Fällen von Uterusruptur während Schwangerschaft und Geburt konnte der Verf. nur 27 in ihrem definitiven Ausgang verfolgen. Davon wurden 11 gerettet, 8 wiederum durch Operation, von den übrigen 16 starben 8 im Chok, 6 an Infektion. Letztere scheint in den meist erst spät der klinischen Hilfe zugeführten Fällen die Hauptursache des letalen Ausgangs zu sein und neben dem Blutverlust (ins Abdomen) den Chok zu erklären. Auch obiger Fall endete letal während der Vorbereitungen zur Operation. Die Diagnose der Uterusruptur nach der Geburt ist nicht immer möglich. Das Schicksal der Kinder ist ebenfalls sehr fraglich. In jenen 27 Fällen wurden 2 lebend entwickelt, eines wurde spontan lebend geboren, ging aber an luetischen Abszessen zugrunde. **Kroemer** (Gießen).

17) **Martin** (Nordhausen). Zur Pathologie der Placenta.

Inaug.-Diss., Halle, 1901.

M. widerlegt in seiner Dissertation die Ansicht Finke's, welcher auf Grund von Untersuchungen eklamptischer Placenten an der Hegar'schen Klinik die Ansicht vertreten hatte, daß die Toxine der Eklampsie in der Placenta von dem stark gewucherten Syncytiumbelag und dessen »Knospen« und freien Inseln im intervillösen Raum erzeugt würden. M., welcher normale Placenten, sowie solche bei Nephritis und Eklampsie untersuchte, kommt mit v. Herff zur Überzeugung, daß das Chorionektoderm zunächst die Langhans'sche Zellschicht und das Syncytium bilde. Die Langhans'sche Zellschicht verschwinde im 3. bis 4. Monat der Gravidität vollständig, das Syncytium treibe dagegen Knospen und Balken, und zwar bis zum 6. Monat, im wesentlichen Protoplasmafortsätze, von da an die mehr kernreichen Klexe und Inseln, welche Finke als für Eklampsie ätiologisch wichtig beschreibt. M. hält es im Gegenteil nur für Alterserscheinung des Zottenepithels, die sich in allen von ihm untersuchten Placenten fanden; sie sind nach ihm weder für Nephritis noch für Eklampsie typisch, vielmehr ein normaler Befund für die letzten Graviditätsmonate. **Kroemer** (Gießen).

18) **Bickhardt.** Ein Fall von einseitiger Polyhydramnie bei eineiigen Zwillingen.

Inaug.-Diss., Gießen, 1901.

B. beschreibt in seiner Dissertation einen interessanten Fall von Zwillingsgeburt. Die Überdehnung des Uterus führte bereits um die Hälfte der Graviditätsdauer zur Ausstoßung beider Föten mit der gemeinsamen Placenta. Der kleinere, durchaus normale Fötus inserierte mit seiner Nabelschnur direkt an der

Placenta; der größere, polyhydramniotische Fötus zeigte eine Insertio velamentosa. Die genaue Untersuchung seiner Organe ergab eine Hypertrophie des Herzens, der Nieren, der Blase und Milz, dagegen eine veritable Lebercirrhose (nicht nur chronische Stauungsleber), den Verschluß des Ductus Botalli und allgemeine Gefäßverdickungen in den Placentarzotten. Auffällig waren neben der allgemeinen Stauungshyperämie noch zahlreiche kleine Blutungen in Niere und Lungen, Ödem der Nabelschnur, sowie Hydrops, Ascites, Pleurae, Pericardii.

B. glaubt, daß die vielleicht auf Lues beruhende Leberschrumpfung durch Behinderung des Pfortaderkreislaufes eine Stauung des Blutes in der Nabelvene und dadurch Transsudation in die Amnionhöhle zur Folge hatte. Die Wirkung beider Momente pflanzte sich nach rückwärts fort und äußerte sich in einer Hypertrophie, später auch Dilatation der beiden Ventriculi cordis und weiterhin in Steigerung des arteriellen Blutdruckes, Nierenhypertrophie und Harnblasendehnung. Der Verschluß des Ductus Botalli führte zur Füllung der Lungengefäße und zur wachsenden Stauung im gesamten Venengebiet. Charakteristisch für den Fall war die Tatsache, daß der Blutstrom der Nabelvene und Pfortader die Schrumpfleber umging und den Ductus venosus Arantii benutzte. Die Verhältnisse sind durch Zeichnungen erläutert. **Kroemer** (Gießen).

19) **K. F. Kaulfers.** Über einen Fall von Lumbo-sakral-kyphotischem Becken.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1901.

Die Arbeit behandelt ein aus dem Besitz von Teuffel (Chemnitz) stammendes Trichterbecken, dessen Verengung bedingt ist durch eine tiefsitzende Lumbosakralkyphose mit leicht skoliotischer Verschiebung des Kreuzbeines nach links. Hochgradige Caries tuberculosa der Lendenwirbelkörper und des oberen Kreuzbeinteiles bewirkte die veränderte Druckrichtung der Rumpflast, die Drehung des Kreuzbeines um die Querachse nach hinten oben bezw. nach unten innen und die Drehung der Hüftbeine um ihre Längsachse (mit dem oberen Teil nach außen und dem unteren Teil nach innen). Typisch querovaler Beckeneingang. Die allgemeine quere Verengerung nimmt nach unten zu. Die Distanz der Sitzbeinhöcker beträgt 65 mm, die der Spinae ossis ischii 74 mm. Bezüglich der genauen Maßangaben und ihrer Umrechnung auf die Normalmaße des Prager Normalbeckens und die Vergleichsdaten mit den ähnlichen Fällen von Breisky, Höning und Moor muß auf das Original verwiesen werden. Der Verf. nimmt mit Olshausen an, daß bei einer Distanz der Sitzbeinhöcker von 60 mm und darunter der Kaiserschnitt absolut indiziert ist. Die wenigen Fälle, wo frühgeborene Kinder noch durch derartig verengte Trichterbecken gingen, setzen eine starke Beweglichkeit der Beckengelenke und Biegsamkeit der Spinae und Tubera ossis ischii sowie des Steißbeines voraus, auf welche man nicht mit Sicherheit bauen kann. Die Sänger-Heidecken'sche Erweiterung des Beckenausganges durch Resektion des Steißbeines kommt nur bei einer Distancia spinarum von 80 mm und darüber als aussichtsvolle Voroperation bei der Entbindung per vias naturales in Betracht.

Kroemer (Gießen).

20) **Ballantyne** (Edinburg). Über zu früh geborene Kinder.

(Brit. med. journ. 1902. Mai 17.)

Die Geburtenziffer ist in England von 35‰ im Jahre 1871 auf 28,5‰ im Jahre 1901 zurückgegangen, so daß die Erhaltung der Frühgeburten zu einer dringenden Frage geworden ist. B. empfiehlt zu diesem Zwecke in erster Linie Brutapparate nach den Mustern der in den Pariser Spitälern gebrauchten Couveuse. Theoretisch sollte man annehmen, daß der Wärmeapparat mit Kochsalzlösung zu füllen sei, in der die Frucht, abgesehen von Mund und Nase schwimme, doch wird dies in praxi nicht durchzuführen sein. Es genügt, die Luft im Apparate mit Wasserdämpfen zu sättigen und die Wände möglichst aseptisch zu erhalten. Kann dem frühgeborenen Kinde die Mutterbrust nicht gereicht werden, so kann man künstlich verdaute Nahrung in den Magen leiten. Mehr als 4 Theelöffel voll,

und zwar alle $1^1/_2$ Stunden, sollte man nicht geben. Zweckmäßig ist es, 3mal täglich etwas Liq. ferri pepton. zu reichen. Möglichst viel soll das Kind im Dunkeln bleiben, damit nicht Strabismus entsteht. Für Vertiefung der Atmung sorgt man am besten nicht durch Schultze'sche Schwingungen, sondern durch Beugung und Streckung des Rumpfes, dabei soll das Kind in Baumwolle eingewickelt sein.

Rissmann (Osnabrück).

21) **G. Riether (Wien).** Claviculafrakturen Neugeborener bei spontaner Geburt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 24.)

Bei einer Entbindung, bei welcher außer den schulgerechten Handgriffen der Hebamme zur Entwicklung der Schultern nach dem Schädel keinerlei Handgriffe an dem Kinde oder der Mutter ausgeführt werden, kann sehr leicht und ohne nennenswerte Gewaltanwendung ein Schlüsselbeinbruch beim Neugeborenen erzeugt werden. Im Verlaufe eines Jahres konnte R. an der von ihm geleiteten niederösterreichischen Findelanstalt, deren Material den 3 geburtshilflichen Kliniken Wiens entstammt, 65 derartige Claviculafrakturen nachweisen. Die Diagnose kann oft erst nach wiederholter Untersuchung gestellt werden. Die Prognose ist günstig, Heilung tritt gewöhnlich schon nach 14 Tagen auf, wenn auch meistens die Dislokation nicht vollständig ausgeglichen werden kann. Die Behandlung, welche angewendet wurde, bestand darin, daß dem Kinde ein am Rücken zugenähtes Jäckchen angelegt wurde. Der am Handende ebenfalls zugenähte Ärmel wird nun an das Jäckchen in der Schlüsselbeinbrüchen entsprechenden Stellung angenäht. Bei stärkerer Dislokation und fehlender Fixation durch Callus erfordert die Verletzung einen Blaubindenverband. Die Haut wird durch eine festere Zinksalbe vor dem Wundwerden möglichst geschützt. Um die Verschiebung der Schulter nach vorn und abwärts möglichst aufzuheben, wird in die Achselhöhle ein aus Watte verfertigtes, kleines keilförmiges Kissen eingelegt; der Verband kann 14 Tage liegen bleiben.

Aus der beigefügten Tabelle ist zu ersehen, daß häufiger jenes Schlüsselbein gebrochen wird, welches bei der Entwicklung der Schultern sich an die Symphyse anstemmt, also bei I. Position das rechte, bei II. das linke. Bezüglich genauerer Ausführungen hinsichtlich der Ätiologie der Frakturen wird auf eine in Aussicht gestellte Arbeit von Hitschmann verwiesen. **Keitler** (Wien).

22) **N. J. M. F. Schaeffer.** Über die Ätiologie der vorzeitigen Lösung der Placenta bei normalem Sitze in der Gravidität.

Inaug.-Diss., Leiden, 1902.

Kurze Besprechung des gegenwärtigen Standpunktes der Anatomie des Placentarkreislaufes. Im Anschluß daran erwähnt Verf. die bis jetzt gültigen Theorien über vorzeitige Placentarlösung und gibt folgende neue Auffassungen.

Die Ursache ist zu suchen in der Deportation der Chorionzotten, neuerdings durch die Arbeiten von Veit wieder in den Vordergrund getreten. Die Zotten verstopfen die decidualen Venen. Indem nun die Arterien fortwährend Blut in den intervillösen Raum bringen, findet Stauung und zum Schluß Ruptur statt.

Als Äußerung in geringerem Grade dieses Prozesses sieht man bei Blasenmole und Abort fast regelmäßig Koagula im intervillösem Raume. Die Albuminurie, die man oft bei der vorzeitigen Lösung findet, läßt sich nach Veit auch erklären durch Aufnahme von Zotten in den Blutkreislauf, und Endometritis deciduae würde nach Verf. ein günstiges Moment für die Aufnahme der Zotten sein. Selbst die Ruptur des Sinus circularis läßt sich nach Verf. durch Zottenverschleppung erklären.

Zur Begründung seiner Theorie hat Verf. verschiedene Versuche angestellt. Mit Gelatineinjektionen von der Nabelschnur und vom intervillösem Raum aus hat S. sich zuerst ein Urteil über die Gefäßverhältnisse der normalen Placenta gebildet. Im großen und ganzen bestätigt er die bis jetzt gültigen Meinungen. Nur meint er, daß choriale Gefäße nicht in der maternen, wohl aber in der

fötalen Decidua (Trophoblast) zu finden seien. Er leugnet die Unabhängigkeit des Gefäßgebietes der verschiedenen Kotyledonen, wie Bumm sie will. Es gelang Verf. bei Injektionen unter geringem Drucke, vom intervillösem Raume aus, die Injektionsmasse mit Zotten vermischt in den decidualen Venen wiederzufinden.

Eine Kommunikation, direkt oder indirekt, zwischen Randsinus und decidualen Venen besteht nach Verf. zweifelsohne.

Bei Kochsalzinjektionen zeigte sich, daß bei hohem Drucke größere Massen Syncytium mit dem Strome mitgerissen werden.

An mikroskopischen Präparaten von Placenten bei vorzeitiger Lösung bestätigte sich die Theorie, indem Verf. Stauung im intervillösen Raume und in der Decidua fand, sowie in Venen und in einem Präparate auch im Randsinus Zotten verschleppt sah.

Trauma kann durch den erhöhten Druck im intervillösen Raume vermehrte Zottenverschleppung bedingen und so indirekt als ätiologisches Moment wirksam sein.

Daß man die vorzeitige Lösung nicht öfter sieht, da doch die Zottendeportation regelmäßig vorkommt, findet nach Verf. seine Ursache in den Kommunikationen zwischen den verschiedenen Kotyledonen, die entlastend wirken.

Scholten (Leiden).

23) **F. Merkel.** Über Zangenentbindungen in der Privatpraxis.
(Festschrift des ärztlichen Vereins Nürnberg.)

In zehnjähriger geburtshilflicher Praxis hat M. in 1100 Fällen Hilfe geleistet; von diesen waren 160 Aborte und 940 Entbindungen am normalen Schwangerschaftsende. 512 Geburten wurden auf operativem Wege beendigt, und zwar kamen zur Anwendung: 200mal die Zange, 99mal die Wendung, ferner Extraktionen, Perforationen, Embryotomien etc. Als Beweis für die Strenge seiner Indikationsstellung führt M. die Tatsache an, daß in 10 Jahren die Gesamtzahl seiner geburtshilflichen Leistungen sich mehr als verdreifacht, während die Zahl der Zangenentbindungen sich nur verdoppelt hat. Als Instrument diente stets das Prager Modell; die Achsenzugzange wurde niemals verwendet. Von den Entbundenen waren 164 Primäre und 36 Mehrgebärende. Von den Erstgebärenden waren 27 über 30 Jahre alt. 34 Zangen wurden am hochstehenden Kopfe angelegt, 136 in der Beckenmitte und 30 im Beckenausgange; geboren wurden 120 Knaben und 80 Mädchen. Zur Desinfektion der Kreißenden diente Wasser und Seife; antiseptische Ausspülungen wurden niemals gemacht; M. glaubt nicht an die Möglichkeit, virulente Keime im Genitalschlauch durch Ausspülungen unschädlich machen zu können. Vor dem Durchtreten des Kopfes nimmt M. die Zangenlöffel ab und entwickelt vermittels Ritgen'schen Handgriffes; er vermeidet damit Dammrisse. Risse werden sofort, noch vor Geburt des Mutterkuchens, geschlossen. Credé wird gemacht nach einer halben Stunde Zuwartens; manuelle Entfernung der Placenta nicht vor Ablauf von 2 Stunden. Secale cornutum wird im Anschluß an jeden Forceps verordnet. Inzisionen an der Cervix wurden nur sehr selten gemacht; öfter flache Einschnitte in den seitlichen Damm behufs Vermeiden von größeren Rissen. Komplette Dammrisse sind 4mal beobachtet worden. 3 Todesfälle wurden notiert, einer an Sepsis, einer im eklamptischen Koma und einer bei unkompensiertem Vitium cordis. Über Morbidität kann M. keine genaueren Auskünfte geben. Die Mortalität der Kinder betrug 4%; keinen dieser Fälle will M. der vorausgegangenen Zangenoperation zur Last legen. Dagegen kamen öfter schwerere Verletzungen des Kindes zur Beobachtung. M. spricht für die Berechtigung eines Unterschiedes zwischen geburtshilflicher Tätigkeit in der Privatpraxis und in der Klinik und möchte der Erfahrung des Arztes einen gewissen Spielraum bei der Stellung der Indikation einräumen. **Flatau** (Nürnberg).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 15. Sonnabend, den 11. April. 1903.

Inhalt.

I.

(Aus der geburtshilflichen Klinik des Prof. Dr. v. Rubeška in Prag.)

Ein Fall von Fistula cervico-vaginalis, bei welchem der Entstehungsmodus direkt beobachtet wurde.

Von

Dr. A. Ostrčil, Assistent.

Den von Neugebauer, Wormser, Dirmoser und Weiss in diesem Blatte publizierten Fällen von Fistulae cervico-vaginales, gestatte ich mir einen weiteren anzureihen, dessen Geburtsgeschichte in Kürze die folgende ist:

D. R., 24 Jahre alt, ledig, Ipara, Becken normal. Anamnese ohne Belang. Menses mit 14 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. Letzte Menstruation angeblich anfangs November 1902. Am 13. Dezember 1902 mit Wehen aufgenommen. Status praesens: Große, gut genährte Person. Unterleib etwas vergrößert. Gebärmutter oval, reicht zwei Querfinger unter den Nabel. Bauchdecken so straff gespannt, daß man die Frucht nicht tasten kann. Herztöne nicht hörbar.

Wehen dauern 50 Stunden, Fruchtwasser vor 12 Stunden abgeflossen. Äußeres Genitale, Scheide normal. In die obere Hälfte der Scheide ragt ein walzenförmiges, etwa drei Finger dickes Gebilde vor, welches die Form einer enorm vergrößerten Portio vaginalis hat. Am unteren Pole dieses Gebildes, etwas hinten, tastet man den äußeren, kaum für die Fingerspitze durchgängigen Muttermund. Die eingeführte Fingerspitze konstatiert einen hart dem äußeren Muttermunde anliegenden Fruchtteil. Die Ränder des Muttermundes sind starr und unnachgiebig. — Es handelt sich demnach um eine mit Rigidität des äußeren Muttermundes komplizierte Fehlgeburt. Die Frucht ist offenbar schon in den stark erweiterten und verdünnten Halskanal geboren worden, welcher sich infolgedessen stark zu einer cylindrischen Geschwulst erweiterte. Ehe man sich zur Dilatation des Muttermundes vorbereiten konnte, erfolgte spontane Geburt einer 27 cm langen, 500 g schweren, lebenden Frucht, die nach einer halben Stunde gestorben ist.

Da 2 Stunden nach der Geburt die Placenta nicht abgegangen war, auch nicht mittels des Credé'chen Handgriffes entfernt werden konnte und sich eine stärkere Gebärmutterblutung einstellte, entschieden wir uns für die manuelle Placentalösung. Beim Einführen der Finger in die Scheide wurde folgendes konstatiert:

Die Portio vaginalis ist vom Scheidengewölbe an ihrer hinteren Insertionsstelle abgerissen und hängt infolgedessen lose am vorderen Scheidengewölbe herab. An der herabhängenden Portio ist eine etwa für eine Fingerspitze durchgängige Öffnung zu tasten — der äußere Muttermund. Dieser Querriß im vaginalen Cervixteile entstand offenbar durch die große Spannung des Halskanales, indem seine Wände infolge der abnormen Dilatation stark verdünnt geworden sind. Durch den Riß wurde die Frucht zweifellos ausgetrieben, wofür auch noch das Herabhängen der Nabelschnur aus der Rißstelle (und nicht aus dem äußeren Muttermunde) spricht. Mittels zweier durch die erwähnte Rißstelle eingeführter Finger wurde die Placenta entfernt, die in ihrem oberen Pole der hinteren Uteruswand adhärent war. Unmittelbar hierauf Stillstand der Blutung. Durch die entsprechende Einstellung der Portio nach Einführung von Scheidenspiegeln fand der Digitalbefund seine Bestätigung.

Von der Naht der Rißwunde wurde mit Rücksicht auf den durch die lange dauernden Wehen und durch die beträchtliche Blutung herbeigeführten Schwächezustand der Frau Abstand genommen. Durch die vorgenommene Tamponade des Scheidengewölbes und des oberen Scheidenteiles wurden die Rißwundränder einander genähert.

Apyretischer Verlauf. Am 11. Tage Entlassung der Frau. Die Gebärmutter entsprechend zurückgebildet, antevertiert und anteflektiert, frei beweglich. Die Parametrien und Adnexe frei. Die Portio kegelförmig. Der äußere Muttermund geschlossen, rundlich, grübchenförmig, wie bei einer Nullipara. An der hinteren Seite der Portio, 1 cm oberhalb des äußeren Muttermundes, eine etwa 1 cm breite, granulierende Wundöffnung. Das Lochialsekret serös.

Der Aufforderung, sich später, nach Ablauf der Wochenbettzeit, wieder vorzustellen, eventuell sich einer etwa notwendigen Operation zu unterziehen, kam die Frau nicht nach.

Aus dieser vorangeschickten Schilderung ist der Mechanismus des Entstehens der Cervico-Vaginalfistel in dem beschriebenen Falle klar ersichtlich.

Es handelte sich um eine Fehlgeburt im 5. Monate. Da die Rigidität des äußeren Muttermundes den Durchtritt einer selbst so kleinen Frucht nicht zuließ, erfolgte infolge der Kontraktionen des Gebärmutterkörpers die Geburt der Frucht aus dem Cavum uteri (Gebärmutterhöhle) in den Gebärmutterhals.

Die so stattgefundene Erweiterung des letzteren war natürlich eine abnormal große, es fand eine derartige Verdünnung seiner Wandung statt, daß es schließlich zu dem geschilderten Querriß der hinteren Wand, zum Glück unterhalb des Scheidengewölbes, kam. Der Grad der Rigidität des äußeren Muttermundes erhellt aus dem Umstande, daß trotz der 50 Stunden dauernden intensiven Wehentätigkeit der äußere Muttermund nur für das Einlegen der Fingerspitze erweitert war.

Da es sich um eine 24jährige Primipara, also um eine noch junge Person gehandelt hat, weiters weder durch die Untersuchung noch durch die Anamnese irgend eine einschlägige Erkrankung konstatiert werden konnte, so muß die Rigidität des äußeren Muttermundes in diesem Falle als eine angeborene betrachtet werden.

II.

Ein neues Pessarium zur Behandlung großer inoperabler Genitalprolapse[1].

Von

Prof. **Menge**.

M. H.! Die Kranke, welche ich Ihnen vorführe, leidet an einem kompletten Uterusprolaps mit totaler Inversion der Vagina. Augenblicklich ist, wie Sie sehen, von dem Vorfall des Uterus und der Scheide nichts zu bemerken. Ein neues Pessar, auf welches ich Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte, hält die inneren Genitalorgane gut zurück.

Damit Sie eine Vorstellung von der großen Ausdehnung des reponierten Prolapses bekommen, will ich zunächst das Pessar entfernen und die Kranke ihren Vorfall herauspressen lassen. Man sieht nun an den vollkommen invertierten Scheidenwandungen große in Abheilung begriffene Dekubitusgeschwüre, die, als die Kranke vor wenigen Tagen zum ersten Male in meine poliklinische Sprechstunde kam, grau belegt waren, sich aber unter Behandlung mit einer 2%igen Lösung von Argentum nitricum vollständig gereinigt haben und nun zur Abheilung kommen.

Der Uterus liegt in toto vor der Vulva; seine Vorderwand ist von einer mächtigen Cystocele vaginalis bedeckt.

Unter gewöhnlichen Verhältnissen würde ich natürlich diesen Fall operativ behandelt haben. Leider ist die Kranke aber inope-

[1] Nach einer Demonstration in der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

rabel, weil sie alt und schwach ist und obendrein ein krankes Herz hat, welches ganz irregulär arbeitet.

Fälle von ausgedehntem Genitalprolaps, bei denen entweder durch hohes Alter oder auch durch Erkrankung lebenswichtiger Organe, oder endlich auch durch die unüberwindliche Messerscheu der Kranken jede chirurgische Therapie ausgeschlossen ist, kommen bekanntlich von Zeit zu Zeit in die Sprechstunde sowohl des allgemeinen Praktikers als auch des Spezialisten. Für diese Fälle braucht man orthopädische Stützapparate, die auch dann die vorgefallenen Teile zurückhalten sollen und können, wenn, wie es bei der demonstrierten Kranken der Fall ist, der Damm bis in den Anus hinein zerrissen ist.

Solche Stützapparate sind bekanntlich in großer Zahl angegeben worden. Nur wenige von ihnen haben sich bei großen Vorfällen auf die Dauer wirksam gezeigt, und diesen wenigen haften viele Übelstände an.

Dauernd wirksam sind die Apparate nur unter zwei Voraussetzungen.

Entweder finden sie wie die Hysterophore einen kräftigen Stützpunkt außerhalb des Genital- und Beckenkanales, oder sie werden unter Assistenz des Beckenkanales von dem Scheidenrohre selbst dadurch gehalten, daß sie eine umschriebene Entfaltung und Spannung der Scheidengewölbe veranlassen. Dabei müssen sie aber, wenn eine Dauerwirkung eintreten soll, so in der Vagina liegen bleiben, daß die Längsachse des Scheidenrohres annähernd vertikal auf die Fläche des spannenden Ringes auftrifft. Der die Spannung des Scheidenrohres bewirkende Teil des Apparates muß also daran gehindert werden, sich in der Scheide auf die Kante zu stellen.

Bei manchen Frauen mit größerem Genitalprolaps kommt man auch mit Pessarien aus, welche das ganze Scheidenrohr erfüllen und entfalten. Doch versagen diese Apparate, wie das Eipessarium von Schatz und das Paraffinpessarium von Krönig vielfach, besonders wenn der Damm fehlt. Einige Zeit werden die vorgefallenen Teile gut durch sie zurückgehalten, bis eines Tages das Instrument wieder aus der Scheide herausgetrieben wird. Durch diese beiden Pessararten wird eben die Scheidenwand nicht umschrieben gespannt. Die Apparate wirken von vornherein dem Scheideneingange gegenüber als Keile, die ihn allmählich mehr und mehr auseinander treiben, bis er von ihrem größten Umfange überwunden ist.

Das Paraffinpessar hat den Vorzug, daß man es nach und nach in die Scheide hineinmauert, daß seine Applikation deshalb weder der Kranken noch dem Arzte größere Unbequemlichkeiten verursacht, auch wenn man große Paraffinmengen in das Scheidenrohr einführt. Aber es hat den Nachteil, daß, auch wenn man hartes Paraffin mit hohem Schmelzpunkt wählt, es sich in der körperwarmen Scheide nach und nach umformt und dann die Scheide nur noch

ungenügend spannt. Das Paraffin kann sich selbst stabartig ausziehen und in dieser Form allmählich aus der Scheide heraustreten.

Die Formveränderungen des Paraffinpessars lassen sich übrigens dadurch in Schranken halten, daß man zur Ausmauerung der Scheide paraffingetränkte Gazebinden benutzt. Diese müssen aber zur Paraffinimprägnation mit absolutem Alkohol und Xylol vorbehandelt werden, damit der hydrophile Stoff kein Scheidensekret in sich aufnimmt. Ohne diese Vorbehandlung der Gaze saugt dieselbe trotz der Paraffindurchtränkung immer etwas Sekret an, welches sich bei der Bruttemperatur der Scheide rasch zersetzt und stinkenden Ausfluß verursacht.

Das Eipessarium von Schatz ist in seiner Form stabil; dafür ist die Einführung und Entfernung des Apparates, wenn er genügend groß gewählt ist, für die Kranke und den Arzt sehr lästig.

Die schweren Nachteile derjenigen Apparate, welche außerhalb des Becken- und Genitalkanales ihren Stützpunkt finden, brauche ich nicht zu schildern. Sie werden am besten dadurch illustriert, daß manche Frauen, die sich auf ärztlichen Rat ein kostspieliges Hysterophor angeschafft haben, dasselbe nach einiger Zeit wieder bei Seite legen und lieber die Prolapsbeschwerden, wie die ekelhaften Unbequemlichkeiten, die das Hysterophor veranlaßt, ertragen.

Von den Stützapparaten, welche dem Prinzip der umschriebenen circulären Spannung der Scheidengewölbe mit fester Querstellung des spannenden Ringes Rechnung tragen, sind die bekanntesten das Stielpessarium von E. Martin, das Bügelpessarium von Löhlein, das Flügelpessarium von Zwanck und das Zapfenpessarium von Rosenfeld. Bei allen diesen Apparaten wird die Querstellung des spannenden Ringes dadurch gewährleistet, daß ein Fortsatz an dem Apparate angebracht ist, der bei guter Lage des Pessariums in der Scheide annähernd in der Richtung der Längsachse des Scheidenrohres, vertikal von der Fläche des spannenden Ringes aus nach dem Scheideneingange zu verläuft und an die Scheidenwandungen anschlägt, wenn der spannende Ring sich auf die Kante zu stellen droht.

Alle diese Apparate haben ihre mehr oder weniger großen Schattenseiten.

So besteht das Stielpessarium von E. Martin aus einem sehr mangelhaften Materiale. Wenn das Instrument einige Zeit in der Scheide gelegen hat, hebt sich der Laküberzug in Blasen von der Unterlage ab. Hierdurch wird der Ring oberflächlich rauh, so daß er die Scheidenwand reizt. Bei dem früher allgemein gebrauchten Modell war der Stiel des Instrumentes so kurz, daß seine Spitze häufig in der Scheidenwand tiefe Dekubitusgeschwüre veranlaßte. Bei dem neuen Modell wird der Kranken durch den aus der Scheide hervorragenden langen Stiel das Sitzen erschwert. Gelegentlich kommt es auch vor, daß, wenn man bei der Entfernung des Martin'schen Pessariums aus der Scheide am Stiele zieht, dieser ausreißt

und dann der zurückgebliebene Ringteil mit drei vorstehenden scharfen Drahtspitzen durch den Scheideneingang isoliert herausbefördert werden muß.

Das Bügelpessarium von Löhlein, bei welchem der Bügel die gleiche Rolle spielt, die bei dem Martin'schen Ringe dem Stiele zufällt, ist, wenn das Kaliber des Pessariums genügend groß gewählt wird, ebenso wie der gestielte Martin'sche Ring, auch bei umfänglichen Vorfällen von guter Dauerwirkung. Doch habe ich bei Anwendung großer Löhlein-Pessarien eine vollständige Umdrehung des Ringes in der Scheide und mehrfach tiefgehende, durch den Bügeldruck hervorgerufene Dekubitusgeschwüre in den Scheidenwandungen gesehen.

Auch das sehr wirksame Rosenfeld'sche Zapfenpessarium, welches ebenso wie der Löhlein-Ring dem Martin'schen Stielpessarium gegenüber den Vorzug besitzt, aus glattem Hartgummi zu bestehen, veranlaßt gelegentlich Drucknekrosen in der Scheidenhaut.

Der schwerste Nachteil aber, den alle diese Apparate in gleicher Weise zeigen, besteht darin, daß auch bei weitem Scheideneingange und bei großem Vorfall die Anwendung der Stützapparate nur so lange ohne Schwierigkeiten vor sich geht, als man kleinere Nummern der Instrumente benutzen kann. Sobald man das Stielpessar oder den Bügel- oder den Zapfenring in größerem Kaliber anwenden will, wachsen die Schwierigkeiten bei dem Einführen und bei dem Herausnehmen der Apparate derartig, daß nicht nur der Arzt, dem die besondere Schulung fehlt, sondern auch der vielbeschäftigte Spezialist seine Not mit dem Pessarwechsel hat und den Kranken dabei gewöhnlich starke Schmerzen verursacht. Und leider ist das große Kaliber dieser Apparate für die Behandlung der kompletten Uterusprolapse durchaus nicht zu entbehren; die kleineren Nummern versagen hier nach kurzer Zeit vollkommen.

Diese Schwierigkeiten werden durch den besonderen Bau der Stützapparate bedingt. Die an den Instrumenten befindlichen Fortsätze, welche dem in der Scheide liegenden Ringe die Querstellung verbürgen, lassen auch bei dem Durchschieben der Ringe durch den Introitus in die Scheide hinein oder aus der Scheide heraus eine Kantenstellung nicht zu, da sie sich beim Einführen an den Schamlippen, am Damm oder an der Symphyse fangen und beim Herausnehmen an die Scheiden- und inneren Beckenwandungen anstemmen. Man ist infolgedessen gezwungen, den Ring in schräger Stellung ganz allmählich durch den Introitus gewaltmäßig hindurch zu zwängen, ein Verfahren, welches bei größerem Kaliber des Ringes nicht ganz leicht und für die Kranken recht schmerzhaft ist.

Diese Schwierigkeiten hatte schon Zwanck voll gewürdigt und dadurch zu umgehen versucht, daß er sein bekanntes Flügelpessar konstruierte, welches im geschlossenen Zustande sehr leicht durch den Introitus tief in die Scheide eingeführt und erst in den weiten Scheidengewölben durch die Aneinanderlagerung des gedoppelten

Stieles zur Entfaltung gebracht werden kann. Bei diesem Pessarium kommt im vollsten Maße das Prinzip der umschriebenen circulären Spannung der Scheidengewölbe mit dauernder Querstellung des spannenden Ringes zur Geltung, und dementsprechend ist seine orthopädische Wirkung eine ganz vorzügliche. Aber bekanntlich hat sich der Zwanck'sche Apparat deshalb nicht bewährt, weil durch die scharfen Kanten der entfalteten Ringblätter schon nach kurzer Zeit tiefe Drucknekrosen in der Scheidenwand verursacht werden können. Das Instrument ist deshalb obsolet.

Als Resultat dieser Betrachtungen ergibt sich demnach die Tatsache, daß für die inoperablen Fälle von großem Genitalprolaps das richtige orthopädische Instrument noch fehlt, ein Ring, welcher in jeder beliebigen Größe in die reinvertierte Scheide eingelegt werden kann, welcher ohne Schädigung des gespannten Gewebes das Scheidengewölbe umschrieben und so stark entfaltet, daß wirklich eine dauernde Retention des Uterus und der Scheide zustande kommt, und welcher durch eine besondere Vorrichtung daran gehindert wird, sich auf die Kante zu stellen, gleichzeitig aber leicht auch vom praktischen Arzte in die Scheide hineingeführt und aus der Scheide herausgenommen werden kann.

Ich habe den Versuch gewagt, ein derartiges Instrument zu konstruieren, und glaube Ihnen einen Apparat zeigen zu können, der wenigstens einigermaßen den gestellten Anforderungen entspricht.

In seiner Gestalt ähnelt das zusammengefügte Instrument am meisten dem Rosenfeld'schen Zapfenpessar. Doch existieren wesentliche Differenzen der beiden Pessarsorten.

Das maßgebende Novum des neuen Apparates, des Keulenpessariums, wie das Instrument nach der Form des angebrachten Zapfens heißen soll, besteht darin, daß der Ring und die Keule durch einen Bajonettverschluß in Verbindung stehen, durch welchen beide Teile sich leicht voneinander trennen und wieder fest zusammenfügen lassen, und daß demnach beide Stücke getrennt in die Scheide eingeführt und erst innerhalb der Scheide wieder fest ineinander gefügt werden können. Dadurch gewinnt man die Möglichkeit, einen großen Ring in Kantenstellung durch den Introitus einzuschieben. Hat dieser den Scheideneingang passiert, so wird er oberhalb des Introitus in dem weiten Scheidenrohr quer gestellt und dann erst die Keule an ihm befestigt und dadurch seine dauernde Querstellung gesichert.



Eine eingehende Beschreibung des von A. Schädel in Leipzig angefertigten Apparates erübrigt sich durch die beigefügte Abbildung.

Ich möchte nur darauf hinweisen, daß der die Ringlichtung quer überspannende Bügel natürlich ganz flach gehalten sein muß, damit er beim Einführen und Entfernen des Ringes in Kantenstellung nicht hindert.

Nach der Querstellung des Ringteiles oberhalb des Scheideneinganges geht man am besten mit dem Zeigefinger der linken Hand hinter den Querbügel und stellt durch den Fingerdruck das Bügelloch dem Introitus direkt gegenüber. Hierauf läßt sich mit der rechten Hand der Stecker (*a*) der Keule sehr leicht in das Bügelloch einführen und durch eine kurze Drehung der Keule um ihre Längsachse im Sinne der Uhrzeigerbewegung vermittels des Bajonettverschlusses feststellen.

Der Stecker (*a*) ist absichtlich konisch geformt. Die in dem Bügelloch befindliche Winkelrinne (*c*), welche den am Stecker befindlichen Stift (*b*) aufzunehmen hat, verläuft nämlich von ihrem Knie aus schräg nach der Ringlichtung hin. Dadurch wird der konische Stecker bei der Drehung der Keule in das Bügelloch hineingezogen und hierdurch eine ausreichende Festigkeit in der Verbindung der beiden Teile erzielt.

Ich habe mit dem neuen Pessar schon eine ganze Anzahl von Kranken mit großem Genitalprolaps behandelt, darunter Frauen, bei denen, abgesehen von Hysterophoren, bisher kein orthopädischer Apparat die vorgefallenen Teile zurückgehalten hat. Einen Mißerfolg habe ich mit dem Instrumente bisher noch nicht erlebt und glaube auch, daß ein solcher nicht so leicht eintreten wird, wenn man nur den Ringteil des Pessariums in ausreichender Größe wählt.

In der Versuchszeit kam es vor, daß bei einem schlecht gearbeiteten Instrument die Keule sich spontan aus der Verbindung mit dem Bügel löste. Seitdem der konische Stecker durch die schräg verlaufende Führungsrinne in das Bügelloch hineingezogen wird, ist eine spontane Trennung der beiden Teile nicht wieder vorgekommen.

Für die Wahl der Keulenform des Zapfens waren zwei Gesichtspunkte maßgebend. Erstens ist bei dem runden dicken Ende der Keule nie eine Drucknekrose in der Scheidenwand zu befürchten; zweitens wird durch die Anschwellung des Zapfens der seitliche Ausschlag desselben in der Vagina ganz ausgeschaltet. Natürlich darf die Keule nicht so lang sein, daß sie aus dem Scheideneingange hervorsieht, weil sie sonst unbequeme Sensationen veranlassen kann.

Nur bei einer meiner Kranken, die einen ziemlich großen Ring trägt, bei welcher aber alle anderen Pessarsorten versagten, werden durch das Keulenpessar Beschwerden verursacht, Urindrang und erschwerte Urinentleerung. Die Urethra läßt sich aber leicht dadurch entlasten, daß die Kranke vor dem Urinieren die Keule mit dem Finger etwas tiefer in die Scheide hineindrückt.

III.

(Mitteilung aus der geburtshilfl. und gynäkolog. Klinik der k. ung. Franz Joseph-Universität in Kolozsvár. Direktor Prof. Dr. Dionys v. Szabó.)

Tetanie nach einer Perineoplastik.

Von

Dr. Lajos Góth.

Wie bei so mancher Krankheit von dunkler Ätiologie die mannigfaltigsten sich in zeitlichem Zusammenhange meldenden Momente als Ursachen beschuldigt werden, so wurden auch bei Tetanie zahlreiche Umstände teils als unmittelbare Ursachen genannt (Tetanie nach Kropfexstirpationen, Magendilatationstetanie), teils wenigstens mit dem Versuche erwähnt, einen indirekten Zusammenhang zwischen den betreffenden Umständen und der fraglichen Erkrankung zu entdecken (»Schusterkrampf, Contracture des nourrices« etc.).

So verschieden nun auch die in Erwägung gezogenen Angaben sein mögen, konnte ich in der mir zugänglichen Literatur keinen einer gynäkologischen Operation sich anschließenden Tetaniefall entdecken. Die von Meinert vorgetragenen und in diesem Zentralblatte unter dem Titel: »Über gynäkologische Fälle von Tetanus und Tetanie« referierten[1] Beobachtungen scheinen auch nur von Wundstarrkrampferkrankungen zu handeln, wie dies auch aus der Veröffentlichung[2] des genannten Vortrages ersichtlich ist.

Die Seltenheit meiner Beobachtung möge die Veröffentlichung des folgenden Falles rechtfertigen:

Frau G. F., 25 Jahre alt, von häuslicher Beschäftigung. Beginn der Menstruation mit 14 Jahren, Wiederholung vierwöchentlich, Dauer eine Woche, ohne jegliche Beschwerden. IVpara. Erste Geburt vor 8 Jahren, letzte vor 4 Monaten; regelmäßige Geburten zu Ende der Schwangerschaft. Wochenbettverlauf normal (zwei Wochen liegend verbracht). Seit ihrer vorletzten Geburt hat Pat. einen schlecht geheilten Dammriß.

Bis zur Aufnahme in die Klinik hatte Pat. ihr Kind selbst gestillt. Sofort nach ihrer Aufnahme begann sie Bitterwasser zu nehmen. 10 Tage später, nachdem die Milchsekretion aufgehört hatte, wurde die Perineoplastik unter Chloroformnarkose vorgenommen: Die Dammrißnarbe verzweigte sich gabelförmig an der hinteren Scheidenwand, umgab also daselbst einen dreieckigen, zurückgezogenen Lappen. Die Operation begann mit der Loslösung dieses Lappens, nach Exzision des Narbengewebes wurde derselbe abwärts gezogen; die auf diese Weise genäherten Wundränder wurden beiderseits mit Silberdraht vernäht. Nach Wegschneiden der übrig gebliebenen Lappenspitze wurde die Vereinigung an den großen Schamlippen fortgesetzt, zum Schlusse wurde die Haut des Dammes mit zwei Nähten geschlossen.

Nach der Operation erbrach Pat. wiederholt. Am nächstfolgenden Tage nachmittags stellten sich typische Tetaniekrämpfe ein (»Geburtshelferhaltung«

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1893. p. 318.

[2] Archiv für Gynäkologie Bd. XLIV. p. 381.

beider Hände, Plantarflexion der Füße, Zehen gegen die Sohle gekrallt, Füße hohl, Trousseau'sches, Erb'sches, Chvostek'sches Phänomen deutlich ausgesprochen). Die Krämpfe wiederholen sich fast $^1/_3$—$^1/_2$stündlich, dauern 2 bis 5 Minuten an und verursachen ziemlich intensive Schmerzen.

Da Pat. ohnehin bettlägerig war, wurde Brom in mittleren Dosen verordnet. Vom 3. Tage an wurden die Krämpfe seltener, verloren an Extensität und Intensität. Vom 8. Tage an meldeten sie sich 1—2mal des Tages. Am 11. Tage Entfernung sämtlicher Nähte. Vereinigung per primam intentionem. Am selben Nachmittage meldeten sich wieder intensivere Krämpfe, besonders in den Zehen. Am 13. Tage letzter Tetanieanfall. Am 16. Tage Entlassung. Laut brieflicher Mitteilung der Pat. haben sich die Krämpfe nicht wiederholt.

Die Identität der Erkrankung war mit Rücksicht auf die deutlich ausgesprochenen Symptome nicht schwer festzustellen. Durch Fehlen von Trismus, von erhöhter Reflextätigkeit war Tetanus, durch Erscheinen der Krämpfe bei unberührtem Sensorium Epilepsie mit Leichtigkeit auszuschließen. Ergotinismus konnte durch Fehlen von Diarrhöen, von Sensibilitätsstörungen ausgeschlossen werden. Gegen Hysterie sprach das Fehlen weiterer hysterischer Stigmata. Ferner soll bei Hysterie das Trousseau'sche Phänomen nur ausnahmsweise, das Chvostek'sche nie vorkommen[3].

Wenn wir nunmehr nach der Erklärung der beobachteten Tetanie suchen, darf nicht außer acht gelassen werden, daß sich die Erkrankung bei einer Frau einstellte, die seit ihrer letzten, vor 4 Monaten erfolgten Geburt bis vor kurzem ihr Kind selbst gestillt hatte. Namentlich muß es mit erwogen werden, ob es sich nicht einfach um eine »Contracture des nourrices« handelte. Wenngleich die Tetanie der Stillenden gewöhnlich in den ersten Wochen auftritt, werden auch »Latenzperioden« von 2—8 Monaten erwähnt. Immer erfolgte jedoch das Ausbrechen der Erkrankung während des Stillgeschäftes, nur in einem Falle, bei einer Frau, die ihr Kind $1^1/_2$ Jahre gestillt hatte, erst nach der Entwöhnung[4].

Daß die »Contracture des nourrices« gewöhnlich endemisch auftritt, während unser Fall vereinzelt beobachtet wurde, mag nur nebenbei erwähnt werden.

Ebensowenig darf die Frage übergangen werden, ob nicht die Chloroformnarkose eine Vergiftungstetanie herbeigeführt habe, nachdem Löb[5] eine einzige hierhergehörende Beobachtung beschreibt. Doch scheint in seinem Falle außer Tetaniestellung der Hände nur das Facialisphänomen vorhanden gewesen zu sein.

Es ließe sich übrigens schwer vorstellen, daß, wenn Chloroform überhaupt Tetanie herbeizuführen imstande wäre, der erwähnte Fall

[3] Bókai-Kétli-Korányi, A Belgyógyászat Kézikönyve Bd. IV. p. 967.
Nach Frankl-Hochwart käme das Chvostek'sche Phänomen bei Hysterie »ab und zu« vor, das Trousseau'sche nie. (Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie Bd. XI. II. Teil, Frankl-Hochwart, Die Tetanie. p. 169—170.

[4] Frankl-Hochwart, l. c. p. 108.

[5] Citiert ibid. p. 105.

bei der heutigen Verbreitung des Chloroform-Verbrauches vereinzelt bleiben könnte.

Wenn aber die Entstehung der Tetanie in unserem Falle durch keine der bekannten Ursachen erklärbar ist, wenn wir in Betracht ziehen, daß sich das Krankheitsbild der Perineoplastik unmittelbar anschloß, daß es sich weder vor der Operation noch später bei der Pat. meldete, können wir uns des Gedankens nicht erwehren, daß möglicherweise die Auslösung der Tetanieerkrankung von dem geschilderten operativen Eingriffe nicht völlig unabhängig war. Wir wollen dabei nicht versäumen, darauf hinzuweisen, daß die schon bedeutend gemilderten Symptome nach der Entfernung der Nähte sich sofort mit erneuter Energie meldeten.

Gesetzt aber den Fall, daß der Zusammenhang gänzlich geleugnet werden müßte und die Tetanie als Folge des Säugens betrachtet würde, bliebe es noch immerhin des Aufzeichnens wert, daß sich das Krankheitsbild wie in dem einzigen bekannten (oben citierten) Falle, erst nach der Entwöhnung einstellte.

Neue Bücher.

1) **W. Nagel.** Operative Geburtshilfe für Ärzte und Studierende.

Berlin, **Fischer's** medizin. Buchbandlung **(H. Kornfeld)**, 1902.

Wohl mancher, welcher dem Gange der geburtshilflichen Literatur gefolgt ist, wird denken, es sei schon genug von Leitfäden der geburtshilflichen Operationen geschrieben worden, aber der Verf. des vorliegenden Buches, der fleißige Schüler Gusserow's hat einem vielfach geäußerten Wunsche nachgegeben, indem er sich zu dieser Veröffentlichung entschloß. Für die Anordnung des Stoffes in einem solchen Leitfaden ergaben sich dem Verf. verschiedene Wege. Einige beschränken sich lediglich auf eine genaue Darstellung der einzelnen Handgriffe, andere suchen historisch die Begründung der alten Meisterstücke unserer Vorfahren zu entwickeln. Zwischen diesen Wegen die richtige Mittelstraße einzuhalten, ist nicht jedem gegeben. Eine trockene Aufzählung der einzelnen Manipulationen wird dem Leser leicht langweilig, und andererseits darf der Autor sich nicht zu tief in geschichtliche Vorgänge einlassen.

Daß das N.'sche Buch überall diese Anforderungen der Form glücklich gelöst hat, kann man nicht sagen. Schon allein die Inhaltsangabe mutet dem Leser unerwartete Gedankensprünge zu, man findet sich hier von der »Beckenneigung« und dann in dem nächsten Kapitel auf die »Behandlung der Beckenendelagen« versetzt. Eine andere Reihenfolge wäre der Einheitlichkeit des Werkes nützlich gewesen. Dahingegen stehen Angaben, wie die über das Leben von Simpson und Semmelweis und über Mortalität

preußischer Provinzen mit geburtshilflichen Operationen doch nur in einem lockeren Zusammenhang.

Über mehrere sachliche Punkte der N.'schen Anschauungen kann man verschiedener Meinung sein. Der Verf. betont ausdrücklich den Satz: »Eine große und rasch wachsende Kopfgeschwulst ist eine Indikation zur Anlegung der Zange«. Dies ist ein Satz, welcher schon früher Unheil angerichtet hat. In dem alten preußischen Kanzow'schen Hebammenlehrbuch stand das und viele unnötige Zangenoperationen wurden dadurch von den Hebammen veranlaßt. Als vor vielen Jahren die veralteten Vorschriften des alten Lehrbuches getadelt wurden, fand auch diese Vorschrift von Fachgenossen eine berechtigte herbe Kritik. Schon vor 50 Jahren wußte Michaelis, was er von der Gefahr der Kopfgeschwulst zu halten hatte!

Ebenso ist die Stellung N.'s zu der Berechtigung der prophylaktischen Wendung anfechtbar. Mehrere Schulen denken darüber anders. Jedenfalls hatte N. keinen Grund, die gegenteiligen Meinungen Krönig's und Menge's mit ein paar abweisenden Worten abzutun. Diese Fragen sind bisher wenigstens strittig.

Auch erwünscht wäre es gewesen, wenn N. die dritte und vierte Kopflage in seinem Leitfaden zu dem alten Eisen geworfen hätte. Wir haben früher unter den komplizierten Einteilungen genug gelitten. Gerade dem Verf. des Leidfadens hätte sich eine dankbare Aufgabe geboten, wenn er diese Stellungen auf das gewöhnliche einfache Schema zurückgeführt hätte.

Nur diese Punkte mögen aus dem umfangreichen Buche hervorgehoben werden, im übrigen halten sich die Vorschriften des Autors an die bewährten Grundsätze der neueren Geburtshelfer. Auch was er über die Überschätzung der Symphyseotomie sagt, wird von den meisten gebilligt werden.

Die Beigabe von den Abbildungen — es sind 77 Figuren da — wird jedem erwünscht sein, sie sind durchweg von künstlerischer Hand ausgeführt, nur in den Fig. 37 und 38 ist die Haltung der Beine verzeichnet.

Dohrn (Dresden).

---

2) **Steinkopf.** Das Hebammenwesen im Kreise Liebenwerda.

(Sonderabdruck aus der Zeitschrift für medizinische Beamte Jahrgang 1902.)

Eine überaus erfreuliche Schilderung, welche zeigt, wie viel Segen in einem preußischen Kreise durch die Tatkraft eines Physikus und unter Beihilfe eines intelligenten Landrates für das Hebammenwesen geschafft werden kann!

In Liebenwerda hatte 1896 der Kreisausschuß eine Regelung der Hebammenbezirke angeordnet, und jetzt zeigen sich die wohltätigen Erfolge dieser Anordnungen. Das Präsentationsrecht für die Lehranstalt hat der Ausschuß den Gemeinden abgenommen, jetzt hat nur der Kreisausschuß und der Physikus darüber zu befinden. Für jeden Bezirk ist eine bestimmte Zahl von Hebammen angestellt,

welche in ihrer Praxis auf dieses Gebiet beschränkt sind. Dagegen sorgt der Kreis ihnen für ein auskömmliches Gehalt und im Falle der Dienstunfähigkeit für eine angemessene Pension. Alle 10 Jahre hat durch den Ausschuß eine Revision der Hebammenbezirke stattzufinden, bei welcher gegebenen Falls eine Abänderung der Bezirke erfolgen soll. Jedes Jahr hat sich die Bezirkshebamme dem Physikus zu einer Nachprüfung zu stellen, für Tagegelder und Instrumente sorgt der Kreis, für Anzeigen von Wochenbettserkrankungen werden den Hebammen frankierte Postkarten zugestellt, in dringenden Fällen ist ihnen eine telegraphische Anzeige an den Physikus geboten. Seit der Einführung dieses Statuts haben sich die Wochenbettserkrankungen über die Hälfte vermindert.

Jedem anderen Kreise möchte man gleiche Einrichtungen wünschen. Leider finden in ostelbischen Gebieten solche Wünsche in der Verständnislosigkeit der Bevölkerung und in den unzureichenden Entgegenkommmen der Verwaltungsbehörden sehr bald ihre Grenze.

Dohrn (Dresden).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 4. November 1902.

Vorsitzender: Piskaček; Schriftführer: Regnier.

Piskaček hält vorerst den beiden verstorbenen Ehrenmitgliedern Porro und Virchow ehrenden Nachruf.

I. Schauta: a. Dermoid, mit dem Darm kommunizierend.

Der vorliegende Fall betrifft ein 15jähriges Mädchen, das am 13. Oktober zu uns in die Klinik kam. Aus der Anamnese will ich hervorheben, daß es im vorigen Jahre eine leichte Zunahme des Bauchumfanges beobachtete, namentlich unter Schmerzen der rechten Bauchseite, die von Erbrechen begleitet waren. Ein Arzt diagnostizierte eine Cyste, punktierte dieselbe und entleerte ein gewisses Quantum Flüssigkeit; dies geschah im November 1901. Die Pat. befand sich dann wohl, bis einen Monat vor ihrem Eintritte in die Klinik wieder Erbrechen auftrat, das von Schmerzen in der rechten Bauchseite begleitet war. Bei der Untersuchung fand sich an der rechten Seite neben dem ganz kleinen atrophischen, kaum angedeuteten Uterus ein kaum hühnereigroßer, gut beweglicher, druckempfindlicher Tumor, der mit großer Wahrscheinlichkeit für ein Dermoid angesprochen wurde. Am 16. Oktober wurde die Laparotomie ausgeführt; es fanden sich vielfache Adhäsionen mit dem Darme, dem Netze und den Bauchdecken; der Tumor selbst war langgestielt und hing ganz besonders an einer Stelle sehr innig mit dem Darme zusammen. Ich präparierte den Darm ab. An der Ablösungsstelle fand sich am Darm (Coecum) eine etwa erbsengroße Lücke, die jedoch schon vor der Ablösung des Darmes bestanden haben mußte, denn der Inhalt der Cyste war fäkulent und im Darm fanden sich Haare, die bei der Eröffnung herausgezogen wurden, so daß schon vor der Operation eine Kommunikation bestanden haben mußte. Es scheint mir das von Interesse, weil sich die Frage aufwerfen läßt, wieso diese Kommunikation zwischen Darm und Dermoidhöhle zustande gekommen sein könnte. Wenn man die Dicke der Wandungen des Dermoids in Betracht zieht, so muß man sagen, daß hier nicht so leicht ein Durchbruch stattgefunden haben konnte. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich annehme, daß die Punktion in einem kausalen Zusammenhange gestanden sein

dürfte mit der Lückenbildung im Darme. Ich stelle mir den Vorgang so vor, daß nach der Punktion sich der Darm an dieser Stelle angelötet hatte und entweder durch die Punktion ein Eiterungsprozeß in der Cyste angeregt wurde und dann der Durchbruch des in einen Eitersack umgewandelten Cystensackes in den Darm, oder umgekehrt der Durchbruch aus dem Darme in die Cyste stattgefunden hat. Die Lücke im Darm wurde in zwei Etagen genäht. Die Heilung erfolgte per primam.

b. Sarkombildung in einem nekrotischen Myom 11 Jahre nach Kastration.

Der zweite Fall betraf eine Frau, welche ich im Dezember 1891 zum ersten Male sah. Dieselbe war damals 40 Jahre alt, klagte über Fluor und Schmerzen, in letzter Zeit besonders über Harnverhaltung. Sie hatte zweimal geboren, zuletzt vor 17 Jahren; einmal einen schweren Puerperalprozeß durchgemacht. Ich fand den Uterus bis zum Nabel emporragend. Zwei Myome waren damals die Ursache der Vergrößerung des Uterus. Der eine, kindskopfgroße, Anteil lag in der hinteren Wand des Uteruskörpers, während der zweite, von derselben Größe, die hintere Muttermundslippe völlig substituierte und nach oben zu in die hintere Cervicalwand hinaufreichte. Während also die hintere Muttermundslippe, tief ins Becken hinabreichend, fast völlig durch diesen Tumor gebildet war, war, wie in diesen Fällen gewöhnlich, die vordere Muttermundslippe durch einen schmalen, halbmondförmigen Saum dicht über der Symphyse gebildet. Ich schritt nun zur Laparotomie, die Frau war fettleibig, die Narkose unruhig, es fanden sich viele Verwachsungen. Ich habe mich, um die Operation nicht zu stark auszudehnen, damals entschlossen, die Kastration auszuführen. Damals war noch die Zeit, wo die Kastration bei Myomen öfter ausgeführt wurde. Die Operation wurde am 4. Januar 1892 ausgeführt. Der Erfolg war zunächst ein ganz guter; die Myome verkleinerten sich rasch, die Blutungen sistierten, das Myom im Uteruskörper war binnen Jahresfrist nicht mehr tastbar. Das Myom in der Cervix hat sich jedoch nicht vollkommen zurückgebildet; es war im nächsten Jahre noch immer orangegroß nachweisbar. Doch da sich die Frau wohl befand, hatten wir keine Veranlassung, etwas zu unternehmen. Ich habe die Frau dann aus den Augen verloren. Vor 14 Tagen wurde ich wieder zu derselben gerufen: Sie blutete seit 14 Tagen profus. An Stelle der hinteren Muttermundslippe, die durch den Tumor noch stärker ausgedehnt war, fand sich gerade dort, wo die Muttermundslippe gegen die Scheide am stärksten vorragt, eine zerfallende, brüchige Masse, die aus der durchbrochenen Kapsel des Myoms hervorquoll. Ich habe diese brüchige Masse mit dem scharfen Löffel herausgeholt; es konnte sich nur um Nekrose oder Degeneration handeln. Die mikroskopische Untersuchung der ausgelöffelten Massen ergab Nekrose mit Umwandlung in Sarkom an der Peripherie der einzelnen Knoten. Am Präparate sieht man neben gewöhnlichem Myomgewebe Rundzellensarkom. Auf Grund dieses Befundes konnte ich mich mit der Auskratzung dieser Partie nicht begnügen, sondern mußte die Totalexstirpation des Tumors beantragen. Ich habe demgemäß den Tumor von der Scheide aus umschnitten, die vielfachen Verwachsungen gelöst und die Operation mit Totalexstirpation des Uterus zu Ende geführt. Hier zeige ich Ihnen das Präparat. An der Stelle, wo das Myom in die Scheide vorlag, sieht man die sarkomatöse Degeneration. Ich glaubte, daß das ganze Myom sarkomatös degeneriert sein würde, doch war es nur die in die Vagina vorragende Partie.

Dieser Befund läßt daran denken, daß ein Reiz oder eine Schädlichkeit von der Scheide aus auf das Myom eingewirkt habe oder daß eine Infektion durch Mikroorganismen im Sinne der neuen Erfahrungen stattgefunden habe. Solche Myomknoten scheinen im klimakterischen Alter von geringer Bedeutung zu sein; man vertröstet oft die Frauen auf das Klimakterium, in der Hoffnung, daß es dann besser würde. Doch zeigt dieser Fall, wie viele andere, daß ein definitiver Abschluß der Krankheitssymptome bei Eintritt des Klimakterium nicht mit Sicherheit erwartet werden könne, und daß selbst nach 11jähriger Menopause eine derartige lebensgefährliche Erkrankung eintreten könne. Die Frau überstand

trotz Diabetes (2% Zucker) den Eingriff recht gut und hat eine ungestörte Heilung durchgemacht.

II. Hink demonstriert ein Bougie zur Einleitung der Frühgeburt resp. des künstlichen Abortus.

III. Keitler berichtet über einen retroperitonealen, ein absolutes Geburtshindernis darstellenden Tumor, dessen Trägerin er bereits im Herbste 1901 in der gynäkologischen Gesellschaft demonstriert hat. Damals wurde von ihm der abgerissene Kindesschädel durch Morcellement entfernt, da der Tumor das Becken bis auf einen kaum 3 cm breiten Spalt verengte. Die Pat. kam am 27. August 1902 mit gesprungener Blase und im 9. Lunarmonat gravid wieder in die Klinik. Der unmittelbar vor dem Kreuzbein gelegene Tumor hatte sich gegenüber dem Vorjahre etwas vergrößert, und da kein Verdacht auf Infektion vorlag, wurde der Kaiserschnitt mit Entfernung des Uterus und retroperitonealer Stielversorgung ausgeführt. Nachträglich gab die Frau an, daß sie, wie täglich, auch unmittelbar vor der Aufnahme mit den in die Vagina eingeführten Fingern das Rektum ausgedrückt habe. Unter den Erscheinungen der akuten Sepsis $^{1}/_{2}$9 Uhr Abends am 28. August Exitus.

Bezüglich der Sepsis ergaben sich bei der Autopsie keine Anhaltspunkte, dagegen fand sich die Leber von zahlreichen Metastasen des retrorektal gelegenen, fast zweifaustgroßen, auf das Steiß- und Kreuzbein übergreifenden Tumors durchsetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um eine Geschwulst handle, welche mit einem sarkomatösen Gliom große Ähnlichkeit besitzt. Demonstration der betreffenden mikroskopischen Präparate. (Erscheint ausführlich).

Weiter berichtet K. über einen Fall von Fibrom des Ovars mit torquiertem Uterus. Es handelt sich um ein kleinfaustgroßes, derbes Fibrom des linken Ovars, welchem noch eine beträchtliche Partie gesunden Ovarialgewebes aufsitzt. Der Tumor wies eine Stieldrehung von 180°, entsprechend dem Küstner'schen Gesetz auf. Der dazu gehörige amputierte myomatöse Uterus wies eine Torsion von 90° in demselben Sinne auf, und dürfte die Torsion darauf zurückzuführen sein, daß wegen der Kürze des Stieles des Ovarialtumors die die Stieldrehung verursachende und weiterwirkende Kraft nunmehr auf den Uterus wirkte.

IV. Halban: Zur Therapie der Hämatometra.

H. demonstriert ein Präparat von einer Hämatometra im rudimentären Nebenhorn eines Uterus bicornis. Das Nebenhorn wurde extirpiert.

In einem zweiten Falle fand sich die Hämatometra im gut entwickelten Horne, da bei demselben eine Cervixhypoplasie mit Atresie und Scheidenatresie bestand. Das Nebenhorn war rudimentär. Da eine Exstirpation der Hämatometra die Frau verstümmelt hätte, wurde eine Hysteroelytrotomie ausgeführt, und zwar in der Weise, daß der Fundus des Uterus gelocht und in den eröffneten Fornix vaginae eingenäht wurde. Es mußte diese Methode angewendet werden, da der untere Pol der Hämatometra vom Fornix vaginae zu weit entfernt war und bei einer Vernähung desselben mit der Vagina die Spannung zu groß gewesen wäre, während der Fundus uteri ganz gut nach vorn gedreht werden konnte. Der Erfolg war ein sehr guter, die Frau hat nachher durch die Vagina menstruiert.

(Erscheint ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie).

---

4) Annual Meeting of the Brit. med. Association at Manchester 1902.

(Brit. med. journ. 1902. August 2; Oktober 11.)

Der einleitende Vortrag wurde von Japp Sinclair (Manchester) gehalten. Unter dem Titel: »Klinische Betrachtungen der Krebserkrankungen des Weibes« gibt S. eine ausführliche Übersicht über die Literatur der letzten Jahre. Vortr. ist der Meinung, daß nur durch das Zusammenarbeiten der Praktiker und der Spezialisten ein Fortschritt in dieser Frage erzielt werden kann. Klinische Beobachtungen hält S. für wichtiger als »Mikrotom und Kulturröhrchen«, die er jedoch auch nicht verwerfen will.

Es folgt eine Diskussion über Indikationsstellung zum Kaiserschnitt.

Galabin glaubt, daß die Gefahren der Embryotomie im allgemeinen unterschätzt werden. Man muß nach mehreren Statistiken auf 6—10% Todesfälle nach Ausführung der Embryotomie taxieren. Einzelne Operateure hatten nach Kaiserschnitten nur eine Sterblichkeit von 3%, und wenn man auch durchschnittlich die Mortalität der Sectio caesarea höher angeben muß, so steht G. doch auf dem Standpunkte, den Kaiserschnitt an Stelle der Perforation des Kindes zu empfehlen, vorausgesetzt, daß die Frau noch nicht infiziert ist. Wenn schon Zangenversuche gemacht wurden, die Schwangere aber noch nicht erschöpft ist und Fieber nicht vorhanden, so ist trotzdem nicht in allen Fällen der Kaiserschnitt zu verwerfen. Zur Sterilisierung der Frau darf sich der Operateur nicht herbeilassen, wenn nicht Myom und Krebs als Komplikationen vorhanden sind. Ist man zur Sterilisierung berechtigt, so soll man nach G. die supravaginale Hysterektomie ausführen und dabei ein oder beide Ovarien zurücklassen. Von der Symphyseotomie gegenüber dem Kaiserschnitte ist Vortr. nicht begeistert. Nach italienischen Statistiken ergibt sich für die Symphyseotomie die Sterblichkeit der Mütter auf 12,5% und der Kinder auf 14,3%, dagegen nach Kaiserschnitt nur auf 11 resp. 7,6%. — Die Einleitung der Frühgeburt verwirft G. zwar nicht, doch will er dieselbe da beschränkt wissen, wo die Kinder während der Geburt durch den stark verengten Beckenkanal voraussichtlich absterben werden, nach den Erfahrungen, die man bei voraufgehenden Geburten gemacht hatte. Ähnliche Betrachtungen gelten für die hohe Zange, deren Gefahren G. hoch anschlägt, indem er auf 116 hohe Zangen 5,1% auf Todesfälle der Mütter und 20,6% auf die der Kinder berechnet. Für die Behandlung der Placenta praevia empfiehlt Vortr. in erster Linie den Ballon von Champetier de Ribes. Auch bei der Eklampsie sind die Ergebnisse des Kaiserschnittes ungünstige, so daß G. den anderen Methoden der Behandlung das Wort redet. Verweigert die Kreißende die Operation, so soll sich der behandelnde Arzt ohne Bedenken zur Perforation entschließen und nicht etwa die ganze Behandlung ablehnen.

Cameron (Glasgow) hat in 14 Jahren den Kaiserschnitt 50mal ausgeführt. Gezählt sind nur die Fälle, in denen Beckenenge die Indikation abgab, nicht etwa Myome. Eine elastische Ligatur um die Cervix vor der Eröffnung des Uterus zu legen, empfiehlt C. der Nachblutung wegen nicht. Er operiert nicht selten vor Beginn der Wehen, namentlich bei Mehrgebärenden, indem er den Muttermund mit den Fingern durchgängig macht. Durchaus zu verwerfen ist der Kaiserschnitt wegen Placenta praevia. Eigentümlich ist bei C. die Art, wie er den Uterus inzidiert. Er selbst und ein Assistent drücken ein großes Pessar gegen die vordere Wand des Uterus und im Bereiche der Lichtung des Pessars durchtrennt C. mit kleinen Schnitten die Uteruswand bis auf die Eihäute. Durch das angedrückte Pessar soll die Blutung sehr beschränkt werden. Die Längsinzision wird später der Quere nach vernäht.

Kerr (Glasgow) hat sechsmal den Fritsch'schen Fundalschnitt versucht und stimmt danach in die Worte Bar's ein: »Je regarde la modification de Fritsch pour peu importante et je m'en tiens encore à l'incision longitudinale pratiquée aussi haute que possible«. Jedoch ist durch die Publikation von Fritsch u. a. die Aufmerksamkeit aller Operateure auf die Wichtigkeit hingelenkt, die Inzision so hoch wie möglich zu machen. Auch bezüglich der Angabe von Fritsch, daß die Extraktion des Kindes leichter sei, stimmt K. zu. Nachteilig könnte beim Fundalschnitte sein, daß der Uterus höher an den Bauchdecken fixiert bliebe und die Rückbildung dadurch gehindert würde. K. hat diesen Nachteil nicht empfunden.

Jardine verwirft den Kaiserschnitt bei Eklampsie und ebenfalls bei Placenta praevia; jedoch bei innerer Blutung scheint ihm die Operation Berechtigung zu haben.

Spencer hält sich nicht berechtigt, eine Frau wegen engen Beckens zu sterilisieren, da er schon dreimal unter lokaler Anästhesie bei derselben Frau den

Kaiserschnitt machte. Gänzlich verwirft er den Kaiserschnitt nicht bei Placenta praevia. Einmal operierte S. bei Cervixstenose, die nach hoher Amputation der Cervix entstanden war.

Nairne will die ärmeren Klassen, die hauptsächlich das Kontingent für den Kaiserschnitt stellen, belehrt wissen über den Segen der künstlichen Frühgeburt.

Walter (Manchester) rechnet für die primäre Sterblichkeit der Kinder bei der künstlichen Frühgeburt 30—35%, dazu muß man aber noch 20—30% auf die späteren Monate rechnen.

Galabin wundert sich, daß die Operateure in Glasgow den Kaiserschnitt nicht bei geringeren Verengerungen als $2^3/_4$ Zoll (6,87 cm) für die Konjugata gemacht haben. So sehr G. auch wünscht, daß der Kaiserschnitt häufiger angewendet wird, so hält er sich doch berechtigt, ein lebendes Kind zu perforieren 1) wenn das Kind zu früh geboren wird, 2) wenn die Herztöne schlecht sind, 3) wenn die Frau septisch ist.

Die Symphyseotomie hat ein sehr beschränktes Feld. G. würde dieselbe nur anwenden, wenn er die Zange vergeblich versucht hätte. Die Frühgeburt soll man nicht vor der 34. Woche einleiten und die Beckenverengerung soll nicht unter 6,87 cm für die Konjugata betragen.

Herbert Spencer (London) spricht darauf über die totale abdominale Hysterektomie nach Doyen bei Myomen.

Vortr. ist zu dieser Methode übergegangen, weil er drei Fälle erlebte, bei denen maligne Tumoren Myome vortäuschten, resp. neben Myomen vorhanden waren. Die durchschnittliche Dauer seiner Operationen, die er bei 14 Frauen ausführte ohne Todesfall, betrug 1 Stunde 27 Minuten, während er bei intraperitonealer Stielversorgung 13 Minuten weniger brauchte. Ureterverletzungen kamen nicht vor. Verkürzung der Vagina oder das Entstehen von Hernien sind durchaus nicht nach Entfernung des Stumpfes zu fürchten.

Targett ist auch für die gänzliche Entfernung des Uterus, will aber präliminare Gefäßunterbindungen machen, damit die durchschnittenen Gefäße sich nicht zurückziehen und vor der Unterbindung zur Bildung von Hämatomen Veranlassung geben können.

Galabin zieht dagegen für die meisten Fälle die supravaginale Amputation vor. Die Operationschancen sind für beide Operationen gleich, die totale Entfernung des Uterus kann aber leichter zu Ureterverletzungen führen.

Helme hat 24 Totalexstirpationen mit einem Todesfalle gemacht.

Curatulo (Rom) demonstriert einen Apparat, mit dem er Lichtstrahlen und Lichtbäder auf Vagina und Uterus einwirken läßt. Der Apparat besteht in der Hauptsache aus einem Röhrenspekulum, das an einem Ende geschlossen ist und überall doppelte Wandungen hat. Läßt man bestimmte Flüssigkeiten (Kupferammoniaklösung, Cochenille) durch das Spekulum strömen, so kann man bestimmte Strahlen der im Lumen des Spekulums befindlichen elektrischen Lampe ausschalten. Vortr. will mit Lichtstrahlen resp. Lichtbädern, die er jeden zweiten Tag anwandte, Erfolge erzielt haben bei Beckenexsudaten, bei Metritis, bei infantilem Uterus und anderen Erkrankungen. Ausführliche Publikation wird angekündigt.

Es folgt ein Vortrag von Harrison (New York) über Diagnose und Behandlung der Extra-uterin-Gravidität.

Die breiten Ausführungen des Vortr. bringen wenig Neues. Er will stets abdominal operieren. Besteht eine Hämatokele, so operiert H. nur, wenn dieselbe sich vergrößert, alsdann aber auch abdominal. Nur wenn Fieber besteht und Eiter zu vermuten ist, soll man den Douglas'schen Raum eröffnen.

Cameron und Spencer stimmen in den wesentlichsten Punkten dem Vortr. zu.

Byers hat Fälle operiert, wo sicher Beckenerkrankungen nicht bestanden hatten. Die Ursache der Extra-uterin-Gravidität ist noch völlig in Dunkel gehüllt. Auch bedarf es noch weiterer Aufklärung über die Ovarialschwangerschaft, welche

er für recht häufig hält. Auch B. verwirft es, von der Vagina aus operativ vorzugehen, wenigstens, wenn der Sack nicht sehr tief im Becken liegt.

Donald hält, wie der Vortr., die Amenorrhoe für ein sehr unsicheres Symptom.

Walter bedauert, daß eine sichere Unterscheidung zwischen vollkommenem und unvollkommenem tubarem Aborte unmöglich sei. Beim unvollkommenen Aborte muß operiert werden, und zwar zweckmäßigerweise von der Scheide aus.

Targett hat Tubenschwangerschaft zweimal bei tuberkulöser Peritonitis gesehen und hält die Tuberkulose für einen wichtigen ätiologischen Faktor.

Byers und Hellier empfehlen sehr, vor der Operation große Dosen Strychnin zu geben.

R. Jardine (Glasgow): Chlorsaures Kali bei habituellem Aborte in den letzten Monaten der Schwangerschaft.

Die Empfehlung dieses Mittels stammt von Sir James Simpson. Vortr. glaubt, daß das chlorsaure Kali auf das Endometrium wirke. Eine toxische Wirkung hat J. nie gesehen. Er reicht das Mittel vom Ende des 3. Monates an dreimal täglich nach den Mahlzeiten 0,6. J. berichtet über fünf günstige Wirkungen und zieht die Anwendung des chlorsauren Kali der Einleitung der künstlichen Frühgeburt vor dem zu erwartenden Absterben des Kindes vor.

Nicholson (Edinburg): Die Behandlung der puerperalen Eklampsie mit Schilddrüsensaft.

N. glaubt, daß die Verminderung der Harnstoffausscheidung bei durch Eklampsie bedrohten Frauen das beachtenswerteste Symptom ist. Mangelnde Vergrößerung der Schilddrüse, die den intermediären Stoffwechsel unterstützt, kann das Krampfstadium herbeiführen. Es sind Fälle von Myxödem und Kropf beobachtet, bei denen in der Schwangerschaft Krämpfe ausbrachen. N. empfiehlt deshalb Milchdiät, Bettruhe und Thyreoidintabletten 0,6—1,2 täglich bis zu toxischen Symptomen zu geben. Durch die Tabletten wird angeblich auch der Krampf der peripheren und der Nierengefäße beseitigt. Der Wert des Morphiums beruht nach N. auch auf der gefäßerweiternden Wirkung, doch muß man 0,03—0,06 geben und daneben Infusionen. Im Koma und bei steigender Temperatur sind nach Hermann Bäder zu geben.

Whitelocke (Oxford) berichtet über einen hartnäckigen Fall von Mittelschmerz.

Jahrelang wurde die Pat., eine Lehrerin, 10 Tage vor der Periode von unerträglichen Schmerzen geplagt. Schließlich entfernte W. ein Ovarium, das die Größe eines kleinen Hühnereies hatte und punktierte einige kleine Cysten des anderen Eierstockes. Nach kurzer Besserung traten erneut starke Schmerzen auf und man fand auch das zurückgebliebene Ovarium vergrößert und ein Myom am Uterus. Nach der zweiten Oophorektomie trat völlige Heilung ein.

McCann bestreitet, daß hier von Mittelschmerz geredet werden könnte, da auch bei der Periode Schmerzen vorhanden waren und ein Myom gefunden wurde.

Targett beschreibt einen ähnlichen Fall.

Stuart Nairne (Glasgow) behandelt das Thema: Neurasthenie, Hysterie und Köliotomie.

Vortr. folgert aus seinen Beobachtungen, daß in einigen Fällen von Neurasthenie und Hysterie die Köliotomie zu machen ist. Er beschreibt ein Krankheitsbild, das seiner Ansicht nach noch nicht beschrieben wurde, nämlich einen Zustand von Rigidität des Uterus, der vielleicht durch pathologische Zustände des Rückenmarkes bedingt ist. (Mikroskopische Untersuchungen, wie überhaupt eine genauere Beschreibungen des Zustandes vermißt man unter den Ausführungen des Vortr. Ref.)

Zum Schlusse fand eine Diskussion über die operative Behandlung des Uterusprolapses statt.

Berry Hart eröffnet die Diskussion, indem er eine ausführliche anatomische Betrachtung gibt. Er bedauert, daß die Kenntnis über die seitlichen Befestigungen bei Prolapsus uteri eine nicht genügende sei. Die Pathologen müssen bemüht

sein, an gut gehärteten Präparaten derartige Schnittebenen anzulegen. Bemerkenswert ist die Anschauung H.'s, daß Retrodeviationen des Uterus wenig oder gar keine Bedeutung für die Ausbildung eines Prolapses haben. Die Operationen können vorgenommen werden an den prolabierten Teilen und an den stützenden Geweben. Leider haben wir nicht die Möglichkeit, die letztere Methode, welche die rationellere ist, in größerem Umfange anzuwenden.

H. beschreibt dann die häufiger angewendeten Methoden, ohne Neues zu bringen. Die Portioamputation führt er derart aus, daß er zunächst einen circulären Schnitt anlegt und von diesem wie bei der vaginalen Totalexstirpation die Schleimhaut vorn und hinten stumpf vom Uterus abschiebt. Dann erst folgen die seitlichen Einschnitte durch die Portio, Amputation der vorderen und hinteren Lippe und Übernähen der anfänglich zurückgeschobenen Schleimhaut. Statt der medialen Kolporrhaphie empfiehlt sich die Westermark'sche seitliche Kolporrhaphie. — Die Ventrifixation und die vaginale Totalexstirpation passen nur für wenige Fälle. Die Freund'sche Operation wird kurz erwähnt. Bei Witwen ist für die schwersten Fälle die Resektion der ganzen Scheide und die Exstirpation des Uterus zu empfehlen.

Edebohls (New York) macht bei geringeren Vorfällen die Ventrifixation. Die Verkürzung der runden Mutterbänder dagegen ist zwecklos. Für schwerere Fälle muß zur Ventrifixation eine Cervixamputation nebst vorderer und hinterer Scheidenplastik kommen. Für die Scheidenplastik wird an Stelle der älteren Methoden die bilaterale Kolporrhaphie empfohlen. Man kann auf diese Weise genau den Durchmesser der zu bildenden Scheide berechnen. Bei totalem Vorfalle verheirateter Frauen muß man die genannten Methoden zu kombinieren versuchen, wird auch meist, wenn auch nicht immer, damit Erfolg haben; durchaus sicher ist, bei totalem Prolaps die gesamte Scheide und den Uterus zu exstirpieren.

Macnaughton-Jones will jede der Ursachen behandeln, die bekanntermaßen zu Vorfall führen, und zwar nicht durch Prothesen, sondern operativ. So soll, namentlich unter der arbeitenden Bevölkerung, bei Retroversionen nach Alexander-Adams oder nach Olshausen operiert werden, eventuell mit Kolporrhaphie oder Perineorrhaphie. Bei Elongatio colli soll die Amputation rechtzeitig gemacht werden. Hyperplastische Zustände, auch Endometritis, sollen uns zur Abrasio bestimmen. Bei schon ausgebildeten Prolapsen scheint M.-J. häufiger den Uterus zu exstirpieren, wenn Verwachsungen der Beckenorgane im Sacke bestehen.

Bowremann Jesset macht die hintere Kolporrhaphie derart, daß er einen länglichen, carreauförmigen Lappen ausschneidet. Die Spitze des Lappens beginnt dicht an der Cervix, in der Mitte der Vagina ist die Breite des Lappens am größten. Zur Verkürzung der Uterusligamente führt er die Alexander-Adams-sche Operation aus, oder öffnet das Abdomen lieber, als daß er die vaginale Eröffnung des Peritoneums mit nachfolgender Vaginofixur ausführt. Die Ventrifixation des Uterus ist unnütz; man muß die runden Bänder in sich falten und zusammennähen und außerdem muß bei Rektalprolaps das sakrale Ligament verkürzt werden, indem man mehrere Falten in dasselbe legt. Dabei wird das hintere Scheidengewölbe durch einen Assistenten stark nach oben gedrängt. Bei Cystokele kann die Blase an das Peritoneum des Uterus genäht werden. Will man eine Ventrifixur machen, so muß man zwei feine Silkfäden durch die hintere Wand des Uterus führen und alsdann so nahe der Schoßfuge als möglich durch Fascie und Muskeln der Bauchwand. — Zuweilen, namentlich bei alten Frauen, kann auch die Hysterektomie empfehlenswert sein.

Smyly hält für viele Fälle die Hegar'sche Operation für ausreichend. Der Uterus soll aber in Anteflexion gebracht werden. Die supravaginale Hypertrophie bildet sich, wenn der Uterus in richtiger Lage ist, von selbst zurück, es bedarf nicht der Portioamputation. Im übrigen ist jeder Prolaps nach seinen anatomischen Verhältnissen zu operieren.

McCann meint, daß bei Kolporrhaphien oft nicht genug Gewebe entfernt wird. Er trennt deshalb bei stärkeren Prolapsen die hinteren zwei Drittel der Vagina derart, als wenn letztere exstirpiert werden sollte (Spaltung des rektovaginalen Septums). Hierauf wird aus dem oberen Lappen zu beiden Seiten je ein größeres Stück exzidiert und die Wunden von der Vagina aus wieder vereinigt. Es folgt die Verbreiterung des Dammes. Die Blutung bei der Operation muß durch Unterbindung gestillt werden, da sonst Hämatome entstehen. Die Ventrifixation kann in ungünstigen Fällen versucht werden, auch die von Fritsch angegebene Methode. Die Totalexstirpation des Uterus, selbst kombiniert mit Scheidenexstirpation, verwirft McC., da er Prolapsnarbe befürchtet. Will man den Uterus ventrifixieren, so muß man sero-fibröse resp. sero-muskuläre Verwachsungen zu erhalten suchen.

Inglis Parsons fixiert den Uterus an die Bauchdecken nach Kelly'scher Methode. Da aber vielfache Mißerfolge selbst nach dieser Methode beobachtet sind, so versuchte P. seine bekannten Chinininjektionen in die Ligg. lata. Er will hiermit 90% Heilungen gehabt haben; mehrere seiner Pat. haben später geboren. In schlimmeren Fällen hält P. allerdings eine dreimonatliche Ruhe nach den Injektionen für nötig. Cystokelen und Rektokelen sollen sich zurückbilden. P. gibt derartigen Pat. in der Regel für 6 Monate ein Pessar. Event. kann man eine Kolpoperineorrhaphie anschließen. P. erwähnt mehrere Ärzte, die nach seinen Vorschriften mit Erfolg vorgingen. Hat bei alten Vorfällen die Blase die Ligg. lata überlagert, so soll man vor dem Einstechen der Nadel einen Katheter in die Blase einführen. **Rissmann** (Osnabrück).

---

5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Nordengland.

(Lancet 1902. November 1.)

Donald (Manchester) berichtet über einen Fall von Kraurosis vulvae bei einer 62jährigen Frau. Diabetes war nicht vorhanden. Beide Labien wurden exzidiert. Die mikroskopischen Schnitte ergaben Stellen, die an maligne Neubildung erinnerten.

Gemmel (Liverpool) und Briggs (Liverpool) halten die Epithelproliferationen in einigen Präparaten für bösartig.

Harrison (Liverpool) dagegen betont, daß in der Nachbarschaft von atrophischen Geweben häufiger Proliferationen des Epithels gefunden würden.

Raw (Liverpool) erzählte einen plötzlichen Todesfall am zweiten Wochenbettstage. Die Frau hatte eine normale Geburt gehabt, befand sich völlig wohl, als sie während eines Gespräches plötzlich verschied. Die Sektion ergab ein Aortenaneurysma, das in den Perikardialsack perforiert war.

Cairns (Liverpool) demonstrierte einen Fötus mit kolossalem Hydrocephalus nebst Spina bifida und Lea (Manchester) eine geplatzte Tubargravidität, bei der die Tube am Fimbrienende zwar durchgängig war, aber dennoch Blut nicht durchgelassen hatte.

Nachdem Walter (Manchester) ein Adenokarzinom des Uterus und Croft (Leeds) doppelseitige Ovarienkarzinome nebst einer Netzmetastase vorgelegt hatte, berichtet zum Schluß der Sitzung Roberts (Manchester) über eine Vierlingsgeburt. Die 27jährige Frau kam im 6. Schwangerschaftsmonate nieder. Die Kinder lagen je zwei in Kopf- und Steißlagen. Die Placenta war einfach, vier Amnien fanden sich in einem gemeinschaftlichen Chorion.

Rissmann (Osnabrück).

---

6) Britische gynäkologische Gesellschaft.

(Lancet 1902. Oktober 18.)

Bowreman Jessett führt in der Sitzung am 9. Oktober den Vorsitz.

Prof. Taylor beschreibt, nachdem von ihm selbst und einigen anderen Mitgliedern verschiedene Präparate demonstriert waren, genauer einen Fall von Uterus bicornis mit rudimentärem rechtem Horn. Ein 17jähriges Mäd-

chen menstruierte regelmäßig 4 Tage lang und hatte danach am 5. Tage unerträgliche Schmerzen. Man fühlte an der rechten Seite des retroflektierten und fixierten Uterus einen großen harten Tumor. Die Operation ergab, daß der Tumor ein rudimentäres Nebenhorn war, dessen Schleimhautauskleidung keine Verbindung mit der Uterushöhle der anderen Seite hatte. Seitlich vom Nebenhorn fand sich eine normale Tube und Ovarium. Nach Entfernung der erkrankten Seite und Ventrifixation trat völlige Heilung ein.

Jessett sprach darauf über üble Nachwirkungen von Bauchoperationen. Vortr. berücksichtigt besonders die peritonealen Adhäsionen, die durch strenge Aseptik, durch Bedecken aller Wundflächen mit Peritoneum und exakten Schluß der Bauchdecken am besten vermieden werden können. Statt Silkworm rät J. nur Katgut zu versenkten Nähten zu wählen.

Lawrie gibt bald Abführmittel nach der Operation, verwendet keine Schwämme zum Tupfen und rät dringend bei anhaltendem Erbrechen zu Magenspülungen.

Smith fürchtet die Gefahren längerer Narkosen und rühmt auch die Magenspülungen. **Rissmann** (Osnabrück).

---

7) Geburtshilfliche Gesellschaft in London.

(Lancet 1902. Oktober 18.)

Peter Horrocks präsidiert in der Sitzung am 8. Oktober.

Taylor beschreibt eine totale Inversion des Uterus, die 6 Monate bestanden hatte und zu starken Blutungen und anhaltendem Erbrechen geführt hatte. Die Reposition mittels elastischen Druckes mißlang und T. führte die Kolpotomia anterior nebst Längsspaltung der vorderen Uteruswand aus.

Heywood Smith empfiehlt den invertierten Fundus zeitweise zu komprimieren und alsdann mit dem Daumen auf die Gegend der Tubenmündung einen Druck auszuüben.

Handfield Jones, Herbert Spencer und Duncan vertrauen durchaus dem Aveling'schen Repositorium, das auf dem Festlande leider fast unbekannt zu sein scheint. Duncan konnte mit dem Instrumente sogar eine totale Inversion reponieren, die 9 Jahre bestanden hatte.

Blacker, der ebenfalls das Aveling'sche Repositorium empfiehlt, hat vor allen Dingen gegen die von Taylor ausgeführte Operation das Bedenken, daß die Narbe bei späteren Schwangerschaften nachgeben kann.

Rissmann (Osnabrück).

Neueste Literatur.

8) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVI. Hft. 6.

1) F. Kermauner (Graz). Ein Fall von Placentarretention mit Untersuchung der retinierten Eiteile.

An eine kurze Übersicht über in der Literatur verzeichnete Fälle von abnorm langer Retention der Placenta nach Ausstoßung der Frucht schließt K. den Bericht über einen weiteren derartigen Fall. Bei der 28jährigen IVpara, die dreimal normal geboren hatte, war es zu einer Frühgeburt gekommen, bei der eine 25 cm lange Frucht ausgestoßen wurde. Erst 5 Tage später kam es zur spontanen Ausstoßung der Placenta, ohne daß in der Zwischenzeit Blutungen da waren. Das Wochenbett verlief ungestört.

Die Placenta wurde mikroskopisch untersucht. Aus dem Befuude ergab sich, daß mit der langdauernden Retention zweifellos eine langdauernde teilweise Adhäsion der Placenta an der Uteruswand vergesellschaftet war.

2) A. Szili (Königsberg). Ein Fall von Adenofibrom des Lig. rotundum.

Walnußgroßer, rundlicher Tumor des rechten Lig. rotundum. Genaue mikroskopische Beschreibung. Das Charakteristische der Geschwulst, deren Grund-

substanz aus derbfaserigem Bindegewebe besteht, sind epitheliale Gebilde, die nur annähernde Ähnlichkeit mit den v. Recklinghausen'schen Befunden haben, die aber auch nicht mit den Uterusdrüsen identifiziert werden können. Es finden sich dünne, geschlängelte, kürzere oder länglichere Schläuche, event. mit kleineren, kurzen Nebenästchen; sie würden den Tubuli contorti entsprechen, doch finden sich keine Endkolben; sie münden in größere Cysten, ohne ein bestimmtes System zu befolgen. Es finden sich keine Pseudoglomeruli, keine Ampullen; ein Ausführungsgang läßt sich nicht unterscheiden. Die Drüsenschläuche scheinen ein großes Kanalsystem zu bilden; sie werden von einem zellreichen Bindegewebe, aber von keinem cytogenen Gewebe umgrenzt. Flimmerepithel, Muskelzellen, Blutungen oder »Herzfehler«-Zellen sind nirgends vorhanden. Das Auffallendste ist eine genau beschriebene »untere« Zellschicht, die sämtliche Drüsengebilde und Cysten von dem zellreichen Bindegewebe trennt; sie wurde bisher weder bei den hierhergehörigen Tumoren der Ligg. rotunda, noch bei anderwärts vorkommenden v. Recklinghausen'schen Geschwülsten beobachtet. Über die Genese des Tumors, der wesentlich von allen bisher beschriebenen abweicht, läßt sich Sicheres noch nicht sagen.

3) W. Schultz (Königsberg). Über Ovarienverpflanzung.

Die Aufgabe war, zu untersuchen, wie sich das Ovarium von Säugetieren nach seiner Verpflanzung auf männliche Tiere verhielt. Als Vorversuche wurden Verpflanzungen auf demselben Tiere und auf ein anderes Weibchen derselben Rasse vorgenommen. Ferner wird über einige, freilich nur bis zum 8. Tage dauernde Verpflanzungen auf Tiere anderer Rasse berichtet. Gearbeitet wurde im allgemeinen mit Meerschweinchen, nebenbei auch mit Mäusen und Ratten. Das Ovarium wurde ausgestülpt, abgetrennt und mit einem durch den Stiel gezogenen Seidenfaden an irgend einer Stelle der Bauchhöhle an das Peritoneum geheftet. Nach genauer Beschreibung der einzelnen Versuche und gewonnenen Präparate gibt S. folgende kurze Zusammenfassung seiner Resultate:

1) Auf andere Weibchen derselben Rasse verpflanzte Ovarien von Säugetieren können Eier ausstoßen und Corpora lutea bilden.

2) Auf Männchen derselben Rasse verpflanzte Ovarien von Säugetieren können bis zum 42. Tage reife Eier entwickeln und weisen solche auch noch nach 117 Tagen auf.

3) Auf Weibchen anderer Rasse verpflanzte Ovarien von Säugetieren weisen in den ersten 8 Tagen keinen Unterschied auf von ebenso alten Verpflanzungen derselben Rasse.

4) Der Modus der Anheilung und Entwicklung entspricht bei den untersuchten Tieren in den obigen Fällen im allgemeinen dem von Ribbert angegebenen. (Erhaltung einer der Peritonealhöhle benachbarten Schicht mit Keimepithel, Tunica albuginea und Primärfollikeln, Regeneration von hier aus, Rückbildungserscheinungen.)

5) In den vom Keimepithel in die Tunica albuginea eindringenden, von Ribbert beschriebenen wurzel- und schlauchförmigen Fortsätzen sind bei Transplantationen auf Männchen am 3., 5. und 8. Tage Eier nachgewiesen.

6) Die unter 1), 2) und 3) zusammengefaßten Resultate lassen sich auch mit Ovarien fast ausgewachsener Tiere mit bei weitem regelmäßigerem und besserem Erfolge erzielen, als man nach den Versuchen Knauer's und Herlitzka's annehmen durfte.

7) Eine Verschiedenheit der Empfindlichkeit der transplantierten Gewebe gegenüber dem neuen Organismus konnte Verf. im Gegensatze zu Herlitzka nicht nachweisen.

4) K. Czerwenka (Wien). Beitrag zur pathologischen Anatomie der Vulvitis (Pruritus vulvae).

Bei einer 45jährigen, seit $1^1/_2$ Jahren an periodisch auftretendem Jucken leidenden Pat. wurde zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung ein Stückchen Haut aus der Innenseite des linken kleinen Labium exzidiert. Die Untersuchung ergab, daß es sich um einen chronisch entzündlichen Prozeß handelte, welcher

durch Hypertrophie des papillären Bindegewebes, kleinzellige Infiltration der Papillen, Atrophie des Epithels, Dilatation und Vermehrung der Gefäße, Hypoplasie der drüsigen Hautelemente und vereinzeltes Vorkommen subepithelialer Rundzellen charakterisiert ist. Ätiologisch ist die Erkrankung weder eine bakterielle noch eine mykotische; welche Momente eine ursächliche Rolle spielen, war nicht zu erweisen.

Die Therapie, bestehend in Umschlägen mit Liq. Burowii und später Touchierungen mit Arg. nitric., war von gutem Erfolge.

5) O. Abraham. Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Hefe.

Neben klinisch praktischen Versuchen an Pat. wurde auch durch bakteriologische Versuche zu ermitteln gesucht, in welcher Weise die Hefe auf die pathogenen Mikroorganismen der Scheide wirke. Die Versuche werden im einzelnen mitgeteilt. Zur Anwendung der Hefe gibt A. eine neue Methode an, die er an 40 Pat. geübt und erprobt hat. Die Resultate seiner Versuche faßt er kurz so zusammen:

1. Die Hefe ist imstande, Gonokokken zu töten, wie klinisch und bakteriologisch nachgewiesen werden kann.

2. Die bakterizide Wirkung der Hefe ist chemischer Natur und geht von einem Enzym aus.

3. Sterile Dauerhefe wirkt nur bei Zuckerzusatz bakterizid, lebende Hefe auch ohne diesen. Die Wirkung lebender Hefe wird durch Zusatz von Asparagin gefördert.

4. Hefe und Asparagin lassen sich mit Gelatine zu Vaginalkugeln verarbeiten, welche die Hefezellen längere Zeit lebensfähig erhalten und der Pat. die Bequemlichkeit der Selbsteinführung bieten.

5. Die Hefevaginalkugeln werden, ohne Beschwerden zu verursachen, mit gutem Erfolge gegen blennorrhoische Erkrankungen der Vulva, der Scheide und des Uterus angewandt.

6) F. Kermauner (Graz). Notiz zu seinem Aufsatze: »Schwangerschaft und Geburtskomplikationen bei Atresie und Stenose der Scheide« in Bd. XVI Heft 5 dieser Monatsschrift.

Reifferscheid (Bonn).

Neugeborenes und Mißbildungen.

9) **M. Begić.** Monstrum durch Simonart'sche Stränge.

(Liečnički viestnik 1902. Nr. 10. [Kroatisch.])

Der Fall stammt aus der kgl. Landesgebäranstalt in Zagreb (Agram).

22jährige IIpara. Die ersten Wehen um 3 Uhr nachmittags, um 9 Uhr abends sprang die Blase, 5 Minuten danach wurde der Kopf geboren. Die Schultern blieben stecken, es mußte extrahiert werden, was ziemlich mühsam war. Die Mißgeburt lebte $1^1/_2$ Stunden nach der Geburt, die Atmung cessierte nach einer halben Stunde, während das Herz noch eine weitere Stunde schlug, im Beginne 40 Schläge, dann immer langsamer bis zum Aufhören.

Die Mißgeburt ist 1300 g schwer, 33 cm lang, weiblich. Am Unterleibe ein faustgroßer, durch eine von rechts oben nach links unten verlaufende Furche getrennter Tumor, die linke obere Hälfte ist härter, die rechte untere weicher, bei Druck auf letztere wird durch den Anus Mekonium entleert. Der Tumor ist mit einer weichen Membran bedeckt, welche dem Peritoneum entspricht, außerdem bemerkt man an der linken oberen Hälfte eine zerrissene Membran die mit dem Amnion in Verbindung war und auch sein Aussehen hat. Unter dem rechten Rippenbogen in der vorderen Axillarlinie sieht man an einer 3 cm im Durchmesser habenden Stelle die unbedeckte Leber. An der medialen Seite des Tumors, näher der Symphyse, die Insertion der Nabelschnur. Der Tumor hat auf die rechte

Beckenhälfte einen Druck ausgeübt, dieselbe ist infolgedessen in der Entwicklung zurückgeblieben. Die rechte untere Extremität kürzer und gebogen; der Oberschenkel derselben liegt in einer Tasche, die teils das Aussehen der Haut, teils der zerrissenen Membran hat, die am Tumor inseriert. Diese Tasche geht lateral in die Hüllen des Bauchtumors über, während sich lateral mit ihr 3 Stränge verbinden: 1, eine breite Hautbrücke, die von der rechten großen Schamlefze ausgeht, 2) eine schmälere Hautbrücke, die von der Vorderseite der linken Hüfte ausgeht, und 3) ein Strang von Spagatdicke, mit dem Charakter des Amnion, der an der lateralen Seite der linken Hüfte inseriert. Die Füße sind supinirt und gegen den Unterschenkel adduziert. In der Kreuzbeingegend wurde nach der Geburt ein nußgroßer, gespannter, fluktuierender, mit verdünnter Haut bedeckter Tumor bemerkt, der später kollabierte. Die lumbale Wirbelsäule nach rechts gebogen. Die Placenta 350 g schwer, die Nabelschnur, 4 cm lang, inserierte am Rande des Mutterkuchens. Die Fruchthüllen zerrissen, so daß die Verbindung zwischen diesen und dem Kinde nicht genau festgestellt werden konnte. Fruchtwasser wenig, unter $^1/_2$ Liter.

Es waren also folgende Anomalien vorhanden: fötale und fötamnionale Simonart'sche Stränge, Fissura abdominis mit Eventration, Leberektopie, Hypoplasie und Deformität der rechten Beckenhälfte und der rechten unteren Extremität, Pedes vari, Spina bifida, Scoliosis lumbalis dextro-convexa.

Verf. sieht die fötamnionalen Stränge als Ursache der abdominalen Fissur mit Eventration an. Auf Druck des Tumors können die Verbildung der rechten Beckenhälfte, sowie das Entstehen der Spina bifida und der Skoliose zurückgeführt werden. Die fötalen Stränge verursachten die Hypoplasie und Deformität der rechten unteren Extremität. Als Ursache der Simonart'schen Stränge nimmt Verf. die geringe Menge des Fruchtwassers an, wofür auch die beidseitigen Pedes vari sprechen. Die Folge dieser Stränge war auch die zu kurze Nabelschnur.

v. Cačković (Agram).

10) J. M. Ljwow (Kasan). Zur Kasuistik der Mißbildung der Frucht.

(Journ. akusch. i shensk. bolesnej 1902. Nr. 2. [Russisch.])

Bei einer 25jährigen Ipara, deren Leibesumfang am Schlusse der Schwangerschaft 113 cm war, wurde zur Beendigung der Geburt Accouchement forcé ausgeführt, da alle Mittel, die zur Hervorrufung der Wehen angewandt wurden, keine Wirkung hatten. In Chloroformnarkose wurde der Muttermund für 4 Finger durchgängig gemacht, und es wurde dann eine prall elastische, stark erweiterte Blase konstatiert. Mit dem Perforator von Blot wurde die Blase perforiert, wobei bis 7 Liter Flüssigkeit abgeflossen sind. Dann wurde leicht eine 3850 g schwere, 50 cm lange Frucht, welche eine Stunde lang lebte, geboren. Die Sektion der Frucht ergab: eine ausgetragene Frucht, Brustkorb verunstaltet; auch die Wirbelsäule mit dem Kreuzbeine haben ihre Lage geändert, das Kreuzbein ist nach oben und rechts abgesetzt. In der Symphysengegend Auseinandergehen der Beine, welche fast 6 cm erreicht hat. Rechte Niere 2,2 cm lang, 1,5 cm breit und 1,0 cm dick, blaßgelblichrot gefärbt, hat die Struktur einer Niere, Ureter erweitert, fast federkieldick, hat einen Kanal, der in die Blase geht. Linke Niere höckrig, hat eine Struktur einer Neubildung, die aus einer Reihe von kleinen Cysten besteht; sie ist 3 cm lang, 1,5 cm breit und 1,2 cm dick; Ureter neben der Niere ist federkieldick, 2—3 cm weiter etwas dünner, die Öffnung derselben ist kaum sichtbar. Die Blase steht oberhalb der Symphyse, erreicht fast die Nabelhöhe; unten ist sie stark erweitert, erreicht in zusammengeschrumpftem Zustande fast die Kopfgröße eines Erwachsenen, bildet einen Sack, der die ganze Hinterbeckengegend einnimmt. Hinterbacken fehlen und die Beckenknochen sind in die Seite abgedrängt. In der Symphyse Sehnen- statt Knorpelgewebe. Auf der Stelle der äußeren Geschlechtsorgane zwei verhältnismäßig große Falten, die scharf die Oberfläche überragen. Zwischen den Falten befindet sich ein 1 cm langer, mit Haut bedeckter, rudimentärer Penis ohne Ureteröffnung. In den Falten sind keine Hoden vorhanden; in der Bauchhöhle zwei Peritonealfalten, die vom Beckengewebe abgehen;

auf den Enden dieser Falten befinden sich zedernußgroße Neubildungen zu zwei jederseits. Die Falte rechterseits ist lang und breit, links kurz und schmal. Die mikroskopische Untersuchung dieser Neubildung zeigte, daß diese Organe rudimentäre Hoden sind. Irgend welche anderen männliche Geschlechtsorgane wurden nicht gefunden. Die Flüssigkeit, die aus der Blase herausgelassen wurde, war seiner Zusammensetzung nach nicht dem Urin, sondern dem Fruchtwasser ähnlich; Harnstoff war in ihr nur in sehr geringer Menge vorhanden. Das gleichzeitige Fehlen von Fruchtwasser in diesem Falle bringt diese Erscheinung in irgend welchen Zusammenhang mit Anhäufung von Flüssigkeit in der Blase.

M. Gerschun (Kiew).

11) **C. Keller** (Berlin). Die Nabelpflege des Neugeborenen in der Praxis.

(Graefe's Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. V. Hft. 1.)

Nabelerkrankungen erzeugen nicht selten Pyämie und Septikämie, die mitunter dem Bilde der Dyspepsie oder Enteritis, oder Atrophie, Debilitas, Marasmus infantum oder der Furunkulose und Abszeßbildung in den Extremitäten verlaufen. Es ist wünschenswert, daß auf Besprechung der Nabelkrankheiten, wie überhaupt der Hygiene der Neugeborenen im Universitäts-, Hebammen- und Pflegerinnenunterricht mehr Gewicht gelegt wird. Der Arzt soll in der Praxis mehr auf die Nabelbehandlung seitens der Hebammen und Pflegerinnen achten, damit diese sauber, z. B. stets erst nach Reinigung der Hände geschieht.

Zur Abnabelung empfiehlt sich die Methode Ahlfeld's, der die Verkürzung zweizeitig ausführt. Die erste Abnabelung erfolgt direkt post partum in gewöhnlicher Weise. 1—1½ Stunde später, nachdem inzwischen das Kind gebadet ist, geschieht die zweite Verkürzung des Nabelrestes: Abbindung mit einem sterilen Bändchen 1 cm vom Nabelkegel und Abtrennung ½ cm oberhalb derselben. Eine Spätblutung ist dann nicht mehr zu befürchten. Als Material zum Abbinden eignet sich am besten ein Baumwollbändchen, welches gleich widerstandsfähig ist, aber bei größerer Weichheit sich leichter dem Nabelstrang anlegt. Der Nabelrest wird bei jedem Verbandwechsel mit Alkohol abgetupft. Das Baden der Kinder ist unschädlich, wenn saubere, nur diesem Zwecke dienende Wannen benutzt werden.

Witthauer (Halle a/S.).

12) **G. Conte** (Palermo). Über Atresia vaginalis.

(Rassegna d'ost. e gin. 1902. Januar.)

Verf. gibt einen Überblick über die verschiedenen Formen von vaginaler Atresie, wobei er der Reihe nach die Ätiologie und Anatomie, die Differentialdiagnose, die Symptomatologie und Therapie bespricht. Die angeborene Atresie unterscheidet sich von der erworbenen durch ihren Sitz (meistens im unteren Drittel der Scheide, während die erworbene an jedem beliebigen Punkte des Vaginalrohres lokalisiert sein kann, vorzugsweise jedoch im oberen Drittel), durch ihre Entstehungsweise (die abschließende Membran ist bei der kongenitalen Form vermutlich in derselben Weise entstanden wie das Hymen — daher auch: Hymen duplex —, und natürlich von Geburt an vorhanden; dagegen entsteht die erworbene Atresie stets im Anschlusse an entzündliche oder traumatische Vorgänge, d. h. insbesondere Geburtsverletzungen, sonstige Wunden, ulcerative Prozesse), endlich durch den Zeitabschnitt, in welchem die ersten Beschwerden und Symptome auftreten (bei der angeborenen Atresie zur Zeit der Pubertät, bei der erworbenen erst später, je nach dem Auftreten der ursächlichen Vorgänge). Außerdem pflegt der Scheidenverschluß bei der kongenitalen Form ein vollständiger zu sein, während bei der erworbenen sich häufig noch eine kleine Kommunikationsöffnung findet. Die Symptome der vaginalen Atresie sind in beiden Fällen ziemlich dieselben: Fehlen des menstruellen Blutflusses bei gleichzeitigem Vorhandensein charakteristischer Molimina, Gefühl von Schwere und Schmerz im Becken, ausstrahlende Schmerzen, oftmals richtige Geburtswehen, Blasen- und Stuhlbeschwerden, endlich

Bildung eines median gelegenen, rundlichen Tumors, der bis zum Nabel oder sogar noch höher steigen kann. Je nach dem Sitz der Atresie kommt es zur Entstehung von Hämatokolpos, Hämatometra und Hämatosalpinx. Die Therapie soll eine operative sein; zuerst muß das angesammelte Blut entleert, dann aber ein dauerhafter, nicht zur Obliteration geneigter Abzugskanal hergestellt werden. Verf. empfiehlt zu diesem Zwecke, erst die Verschlußmembran mit dem Bistouri quer zu durchtrennen, und dann durch Vereinigung des oberen Scheidenendes mit dem unteren eine richtige Plastik der Scheide vorzunehmen. Eine einfache Punktion ist im allgemeinen zu widerraten. Zur Illustration des Gesagten dient die Mitteilung eines in der angegebenen Weise operierten Falles von kongenitaler Atresie. Es wurden 800 g dunklen Blutes bei dem 14jährigen Mädchen entfernt; die beiden Scheidenhälften wurden mit Knopfnähten an einander genäht, und es trat Heilung p. p. ein. **H. Bartsch** (Heidelberg).

13) **Jaswitzki.** Ein Fall eines angeborenen Vorfalles des Darmes durch den Nabelring.

(Kasanski med. journ. 1901. Nr. 9; nach einem Referat im Russki Wratsch 1902. Nr. 31.)

Bei einem Neugeborenen trat das Coecum mit dem sich links befindenden Proc. vermiformis 4 Finger breit direkt vom Nabelringe hervor. Ein Teil des Nabels umfaßte in der Nabelöffnung das herausgefallene Coecum als gallertartiger Ring; Proc. vermiformis und Coecum bluteten; wahrscheinlich infolge der rauhen Bemühungen einer ungelehrten Dorfhebamme, die Därme einzurichten. Rechts außen waren auf dem Coecum erbsengroße Druckspuren. Das vorgefallene Darmstück wurde ausgewaschen, in sterile Gaze eingewickelt und es wurde geraten, nach 3 Tagen in die Klinik zur Operation zu kommen. Das Kind wurde nach 5 Tagen gebracht; auf der Stelle der Vertiefung war schon ein Defekt, aus welchem flüßiger Kot herausfloß, vorhanden; das herausgefallene Darmstück war bedeutend größer und der Proc. vermiformis eiterte. Die Eltern wollten in die Operation nicht einwilligen. Das weitere Schicksal des Kindes ist unbekannt.

M. Gerschun (Kiew).

14) **W. Tieber** (Eger). Über einen Fall von Dicephalus tribrachius.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 28.)

Die Geburt des Monstrums verlief im 8. Lunarmonate, dank den geräumigen Beckenverhältnissen der außerordentlich stark gebauten 26jährigen Ipara relativ leicht. Unter kräftigen Wehen war vor der Ankunft der Kreißenden bereits der linke Fuß vor die Vulva getreten. Bei der Untersuchung fiel die ungewöhnliche Breite des Rumpfes auf, und konnten deutlich 3 Hälse getastet werden. Mit Anwendung leichter Gewalt wurde die Frucht nach links gedreht, worauf durch Heben der rückwärts befindliche rechte Kopf glatt über den Damm entwickelt wurde, der vorn stehende linke Kopf folgt dann leicht durch entsprechendes Senken der Frucht. Die Placenta ging spontan ab und zeigte normale Verhältnisse. Das Doppelmonstrum erschien leblos, und hatten Schultze'sche Schwingungen keinerlei Effekt. Die anatomische Untersuchung (Prof. Chiari) erwies auch die Unmöglichkeit des Fortlebens, da der Sinus urogenitalis atretisch war und überdies die Wirbelsäule des einen Halses frakturiert gefunden wurde. Ob diese Fraktur bei der Extraktion oder durch die sich komplizierter gestaltenden Schultze'schen Schwingungen entstand, ist nicht sicher zu entscheiden.

Piering (Prag).

15) **Weissbein** (Berlin). Zur Frage der künstlichen Säuglingsernährung mit besonderer Berücksichtigung von Soxhlet's Nährzucker.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 30.)

Nach kritischer Beleuchtung der verschiedenen Angaben über künstliche Säuglingsernährung empfiehlt Verf. Soxhlet's Nährzucker als das Präparat, das ein

eiweißfreies, direkt resorbierbares Umwandlungsprodukt der Stärke, dem jede abführende Wirkung fehlt, bietet, mit dem sich also das gesteckte Ziel, Beigabe großer Kohlehydratmengen zur Kuhmilch, leicht erreichen läßt. Er mischt 1 Teil Milch mit 2 Teilen einer Lösung von 90 g Nährzucker im Liter. Von dieser Mischung gibt er bis zur 4. Woche 600 g, bis zur 7. Woche 700 g, bis zur 9. Woche 850 g und bis zur 13. Woche 900 g. In einem Liter der Mischung sind enthalten ca. 11,4 g Eiweiß, 12,2 g Fett und 106 g Kohlehydrate (90 g Nährzucker, 16 g Milchzucker) = 595 Kalorien. — Nach Heubner's Angaben sind in 1000 g Muttermilch 10—12 g Eiweiß, 35 g Fett und 65 g Zucker = 613—621 Kalorien enthalten. — Der Soxhlet'sche Nährzucker hat sich Verf. in einer Reihe von Fällen bei erkrankten Säuglingen bewährt. Auftretende Obstipation wurde bekämpft, indem $^2/_3$ Nährzucker und $^1/_3$ Milchzucker gemischt angewandt wurde.

Bei langwierigen Magen-Darmkatarrhen empfiehlt Verf., Soxhlet's verbesserte Liebigsuppe zu versuchen, die in 8 Fällen von Nutzen war.

Weisswange (Dresden).

16) **Fuhrmann** (Petersburg). Beitrag zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 35.)

In 3 Fällen von Melaena vera (idiopathica) versagte in einem die Gelatineinjektion, wahrscheinlich weil sie zu spät vorgenommen wurde; in den zwei anderen war sie vom besten Erfolge begleitet.

Die Injektion, am besten zwischen den Schulterblättern gemacht, muß möglichst früh und in nicht zu geringer Menge vorgenommen werden; die Herstellung der 2%igen Lösung sollte immer mit Hilfe einer physiologischen Kochsalzlösung erfolgen, ein Teil der unangenehmen Komplikationen ist wohl dem Mangel an Natron zuzuschreiben. F. injizierte stets 40—50 ccm auf einmal.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

17) **J. Aitken** (Kilmarnoise). Blutzählungen beim Neugeborenen.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1902. April.)

Die Mitteilung basiert auf ca. 300 Zählungen bei 43 Kindern. Das Resultat derselben ist nachstehendes:

1) Rote Blutkörperchen sind relativ zahlreicher als beim Erwachsenen. In den ersten 48 Lebensstunden nimmt die Zahl zu entsprechend der Konzentration des Blutes, dann zeigt sich Abnahme, so daß am 10. Tage die Zahl 200 000 bis 400 000 geringer ist als gleich nach der Geburt; die roten Blutzellen sind verschieden an Größe und Form, solche mit Kernen sind noch bis zum 9. Tage vorhanden.

2) Der Gehalt an Hämoglobin beträgt über 100%.

3) Die weißen Blutzellen sind anfangs 3—4mal so zahlreich wie bei Erwachsenen. Auch sie nehmen zu bis zum 2. Tage und dann langsam ab, ähnlich wie die roten.

Engelmann (Kreuznach).

18) **A. Gramm.** Zur Kasuistik der Sakraltumoren.

Inaug.-Diss., München, 1902.

1) $1^3/_4$jähriges Kind, das bei seiner Geburt eine kleine Geschwulst am Steißbeine zeigte, wird zur Operation eingeliefert, da der Tumor in letzter Zeit sehr stark bis auf über Kindskopfgröße gewachsen und 5 Wochen vor der Vorstellung aufgebrochen war. Es fand sich bei der 8 Tage später vorgenommenen Sektion ein myxomatös entartetes, kleincystisches Chondrosteosarkom der Sakralgegend mit multiplen Metastasen in den Leistengegenden und den Lungen.

2) 3 Monate altes Kind mit einem hühnereigroßen Tumor in der Kreuzbeingegend geboren, der sich nach $1^1/_2$ Monaten stark vergrößerte; Operation. Der Tumor besteht aus fibrolipomatösem Gewebe, in dessen Grunde einzelne Cysten eingelagert sind. Da eine mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde,

so läßt sich nur eine makroskopische Diagnose stellen, die auf präsakrale cystenhaltige Fettgeschwulst, also Dermoid, lautete.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

19) **E. Scheu.** Über Gravidität bei Uterus bicornis septus cum vagina septa.

Inaug.-Diss., München, 1902.

1) 31jährige Ipara, hat nie Kinderkrankheiten durchgemacht. Mit 14 Jahren zuerst menstruiert, immer regelmäßig. Die erste Geburt vor 5 Jahren, spontan, Maceration dritten Grades. Eine Verdoppelung des Genitales wurde damals nicht bemerkt, doch läßt sich aus dem Verlaufe der Geburt und des Wochenbettes schließen, daß der rechte Uterus geschwängert war. Bei der diesmaligen Untersuchung in der Frauenklinik bietet sich der Rücken des Kindes links, Kopf im Fundus. Innerlich findet man die Vagina weit, von der Vorderwand hängt ein kleines Septum herab, links der markstückgroße Muttermund, in demselben ein Knie; rechts vom Septum gelangt man in eine Bucht, deren Boden nicht zu erreichen ist. Die Geburt des Kindes sowohl als der Nachgeburt ohne weitere Besonderheiten. Das Kind ausgetragen, jedoch tot, da die Nabelschnur 3mal um den Hals geschlungen war. Nach 5 Monaten wird Pat. wieder untersucht. Es findet sich in der Vagina ein kleines Septum, rechts davon ein etwas eingerissener Muttermund und ein kleiner Uterus, links vom Septum ein zweiter Muttermund, fest geschlossen und ein noch kleinerer Uterus wie rechts, der von dem ersteren vollständig unabhängig ist.

2) 23jährige Ipara, bei der sich bei der Untersuchung eine doppelte Scheide findet, links der gravide Uterus, rechts keine Portio zu fühlen. Spontane Geburt eines ausgetragenen, lebenden Mädchens in I. Schädellage.

Nach der Geburt gelingt es, die beiden Uterushörner deutlich zu fühlen. 8 Tage später folgender innerer Befund: Der linke Muttermund, durch den das Kind gekommen ist, hat 2 Einrisse, der Uterus liegt dicht an der Beckenwand. Die linke Vagina ist weiter wie die rechte. Am rechten Muttermund findet sich eine 1 cm breite Querspalte, er steht etwas mehr nach hinten wie der linke. Der Uterus ist viel kleiner und liegt neben der Articulatio sacro-iliaca.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

Verschiedenes.

20) **L. Seitz.** Über intra-uterine Totenstarre und die Totenstarre immaturer Früchte.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 343. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

S. widerlegt zunächst die Meinung, die bisher als unumstößlich galt, daß Totenstarre bei Früchten unter 7 Monaten nicht einträte, und führt als Beweis für seine Anschauung 10 Fälle an. Dann stellt er auch die Tatsache fest, daß Früchte innerhalb der Gebärmutter der Totenstarre verfallen. Gewöhnlich werden sie freilich erst dann geboren, wenn sich die Starre schon wieder gelöst hat. Verf. beobachtete einen Fall, wo bei einem asphyktisch zugrunde gegangenen Kind ein zweistündiger Aufenthalt im Uterus post mortem genügt, um die Totenstarre im ersten bis zweiten Stadium entstehen zu lassen. Als ein Beweis dafür, daß jede Leiche, auch die fötale innerhalb der Gebärmutter der Starre verfällt, dienen auch alle jene Fälle, in denen vor kurzem abgestorbene Kinder, die noch keine Macerationserscheinungen aufweisen, im schlaffen Zustand geboren werden und, ohne mehr der Totenstarre zu verfallen, in demselben verharren. Hier hat sich der ganze Vorgang der Starre und deren Lösung schon in utero abgespielt.

Die Feststellung dieser Tatsachen hat auch forensisches Interesse.

Witthauer (Halle a/S.).

21) **Bockenheimer.** Über Schleich'sche Wundbehandlung.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 344. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

Auf Grund jahrelanger Versuche in der v. Bergmann'schen Poliklinik und Klinik kommt Verf. zu dem Endresultat, daß die Präparate Pulvis serosus, Glutol und Glutolserum bei aseptischen Wunden überflüssig, bei infizierten Wunden, und zwar a. bei kleinen Wunden irrelevant, b. bei Höhleneiterungen machtlos, c. bei phlegmonösen Prozessen direkt gefährlich sind. Besonders ungünstig wirkt ihre Eigenschaft, die Sekretion zurückzuhalten, denn auch der Umstand, daß sie wegen ihrer Haftung an den Geweben sich schwer aus den Wunden entfernen lassen. Zudem sind die Verbände damit erheblich teurer, als die gewöhnlichen.

»Die Schleich'sche Wundbehandlung verdient nie und nimmer Allgemeingut zu werden und wird nicht imstande sein, sich einen dauernden Platz zu behaupten.« **Witthauer** (Halle a/S.).

22) **E. Scipiades.** Noch einige Worte über den Wert des Argentum aceticum in der Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 345. Leipzig, **Breitkopf & Härtel,** 1903.)

Nach zahlreichen Versuchen in der Budapester Frauenklinik (Tauffer) hat Verf. herausgefunden:

1) Die 1%ige Arg. aceticum-Lösung ist zur Verhütung der Ophthalmoblennorrhoe ebenso geeignet, wie die 2%ige Arg. nitricum von Credé. Sie besitzt aber vor der letzteren den Vorteil, daß sie bei Zimmertemperatur nie in stärkerer als 1%iger Lösung hergestellt werden kann, und da so ein Wachsen der Konzentration durch längeres Stehen ausgeschlossen ist, kann die Lösung nie ätzend und in den Händen von Laien gefährlich werden.

2) Die 1%ige Arg. aceticum-Lösung verringert beträchtlich die Zahl der Reaktionen, wenn der Instillation keine Kochsalzparalysation folgt, da hierdurch die Wirkung ungünstig beeinflußt wird. Die Zahl der Reaktionen beträgt im Mittel 21,2%; die Lösung ist also für die Verminderung dieser als das günstigste Mittel anzusehen (bei Arg. nitric. 96%, bei 20%iger Protargollösung 20—80%).

3) Die durch die 1%ige Arg. aceticum-Lösung verursachte Reaktion erreicht nie eine solche Intensität, daß man sie schon im ersten Augenblick von einer Ophthalmoblennorrhoe nicht unterscheiden könnte, so daß also eine nachteilige Verwechslung unmöglich wird. **Witthauer** (Halle a/S.).

23) **Veverka.** Über die Prophylaxis der Augenblennorrhoe bei Neugeborenen durch Protargol.

(Heilkunde 1903. Januar.)

Nach den Versuchen in der Klinik Rubeška in Prag, sagt Verf., hat man in den Protargolinstillationen ein Mittel, das mathematisch absolut sicher prophylaktisch wirkt und den Prozentsatz der Infizierten auf 0% bei 1100 Neugeborenen herabsetzte. Die Reaktion der Konjunktiva ist unbedeutend, die Einträufelung ohne Gefahr, ohne Schwierigkeit auszuführen, Nachwaschung mit Kochsalzlösung überflüssig. Sofort nach der Geburt, solange das Kind noch mit der Nabelschnur zusammenhängt, reinigt man die Lider jeden Auges mit einem in 3%ige Borlösung getauchten Wattebausch. Nach der Abnabelung nochmalige Waschung der Augenumgebung mit Bor, nach dem Bad abermals gründliche Waschung und dann Einträufelung eines bis mehrerer Tropfen 20%iger Protargollösung bei halbgeöffneten Lidern auf die Hornhaut. Leichte Bewegungen der Augenlider verteilen die Flüssigkeit im ganzen Bindehautsack. Das Protargol eignet sich auch am besten zur Therapie der Blennorrhoe. Es könnte den Hebammen ohne Bedenken zur Prophylaxis anvertraut werden.

Witthauer (Halle a/S.).

24) Doran. Ovariotomie während der Schwangerschaft.

(Sonderdruck 1902.)

Während der Gravidität entdeckte Ovarialtumoren sollen unverzüglich operiert werden. Unterbrechung der Schwangerschaft ist nicht zu fürchten. Bei der Operation soll der gravide Uterus ganz aus der Wunde hervorgehoben werden. Wenn er mit warmen Kompressen geschützt wird, sind Kontraktionen nicht zu befürchten. Läßt man aber den Uterus in der Tiefe, so ist ein Zerren an den Adnexen unvermeidlich und dadurch können leicht Wehen ausgelöst werden.

Wartet man mit der Entfernung des Tumors bis nach der Entbindung, so setzt man die Frau einer unnötigen Gefahr während der Schwangerschaft, der Geburt und namentlich im Puerperium aus. Stieldrehung kommt gerade im Wochenbett besonders häufig vor. **G. Frickhinger** (München).

25) B. A. Libow (Petersburg). Beitrag zur Lehre von der puerperalen Metrophlebitis.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung 1902. Nr. 24—26.)

Die Lehre von der Metrophlebitis, wie sie uns heute vorliegt, leidet an vielen empfindlichen Lücken. Wenn auch oft von der einen Form derselben, die eine ungemein gefährliche Erkrankung vorstellt, die Rede ist, so wird die andere Form zu wenig berührt, welche als lokale Erkrankung verläuft und am häufigsten auf die Schenkelvenen übergeht. Eine große Anzahl leichter Puerperalfieber ohne lokale Erscheinung gehört sicherlich hierher. Wahrscheinlich ist der Gonokokkus in den meisten Fällen beteiligt.

Die Krankheit beginnt gewöhnlich mit Steigerung der Pulsfrequenz. In der zweiten Woche des Wochenbettes setzt ein Schüttelfrost ein; es folgt ein stufenweises Steigen der Pulskurve, welche sich fast stets unter der Temperaturkurve hält. In leichten Fällen ist an den Genitalien keine anatomische Veränderung zu fühlen, oft aber fühlt man Stränge am Uterus sowie Schmerzhaftigkeit desselben. Seine Involution ist gestört; oft tritt Phlegmasia alba dolens, Fluor und Hämorrhagie auf. Während die Lymphangitis weiter schreitet, bleibt gewöhnlich die Metrophlebitis lokalisiert. Charakteristisch ist die hohe Temperatur- und niedrige Pulskurve. Wiederholte Schüttelfröste verschlechtern die Prognose. Die Behandlung sei möglichst konservativ. Solange wir nicht entscheiden können, ob die Erkrankung lokal geblieben ist, wäre auch der Exstirpation des Uterus nicht das Wort zu reden. **Keitler** (Wien).

26) A. Scheib (Prag). Bericht über sechs Fälle von künstlicher Frühgeburt mittels elastischer Metallbougie nach Knapp.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 32.)

Eine absolut sichere Sterilisation der zur Einleitung der Frühgeburt gebräuchlichen Gummibougies ist nicht möglich. Knapp hat deshalb seinerseit eine elastische Metallbougie angegeben, welche nun in der Prager Klinik in Verwendung steht. Die Bougie wird in 1%iger Sodalösung 5—10 Minuten gekocht und in der gebräuchlichen Weise eingeführt. Sie bleibt bis zum Einsetzen kräftiger Wehen, nie aber länger als 10 Stunden liegen, worauf eventuell Metreuryse angewendet wird. 5mal unter 6 Fällen konnte eine Zerreißung der Eihäute vermieden werden. Ebenso oft traten $^3/_4$—$5^1/_2$ Stunden nach der Einführung regelmäßige Wehen ein. Im 6. Fall kam es bei der Einführung der Bougie zur Zerreißung der Eihäute und wurde die Bougie nach 14 Stunden, ohne daß Wehen eingetreten waren, entfernt. 4 Stunden später Spontangeburt. Die Wochenbetten verliefen ungestört.

S. folgert aus diesen Versuchen:

1) daß die Bougie sicher zu sterilisieren ist; dies ergab sich auch aus Versuchen, die darin bestanden, daß die mit verschiedenen Bakterien infizierten Bougies nach 5—10 Minuten dauerndem Auskochen auf ihre Sterilität geprüft wurden;

2) daß die Biegsamkeit des Instrumentes eine leichtere Handhabung gestattet;
3) daß der Weheneintritt nach Einführung des Instrumentes ein baldiger ist.

Keitler (Wien).

27) Kümmell (Hamburg). Allgemeines über Laparotomien.

(Jahrbücher der Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. VII. Jahrg. 1899/1900.)
Hamburg, **Leopold Voss**, 1902.

Daß zugrunde gelegte Material sind über 1000 Bauchschnitte aus den letzten $5^1/_2$ Jahren (darunter 439 gynäkologische Operationen).

Vorbereitung zur Laparotomie. Handelt es sich um elende und durch lange Krankheit erschöpfte Pat., so werden dieselben außer durch Nährklystiere und subkutane Ölinjektionen mit vorzüglichem Erfolg durch intravenöse Kochsalzinfusionen von je 2 Liter ernährt, die 2—3mal innerhalb 24 Stunden 1—2 Tage lang vorher gemacht werden. Muß die Operation bei solchen Pat. sofort gemacht werden, so wird eine solche Infusion kurz vor oder während der Operation gemacht. Zusatz von Zucker oder Natriumsaccharat zeigten keine Vorteile. Subkutane Infusionen sind schmerzhafter und weniger wirksam.

Am Tage vor der Operation gründliche Entleerung des Darmes. Zur Erschlaffung der Därme Darreichung von Bismut. subnitr. Abends vorher Reinigen der Bauchhaut mit Äther, Rasieren und Abseifen im Reinigungsbad, während der Nacht Sublimatkompresse 1,0 : 2000,0.

Die Narkose wird durchweg mit Chloroform ausgeführt, und zwar mit der Tropfmethode, nur bei elenden, herzkranken Personen Äther. 10—15 Minuten vorher Injektion von Morph. 0,01 mit Atropin subkutan. Potatoren erhalten außerdem $^1/_2$—1 Weinglas Cognac. Einleitung der Narkose in einem besonderen Raume, nicht im Operationszimmer, wodurch ruhige Narkose mit meist fehlender Exzitation erreicht werden. Auch die Schleich'sche Anästhesie wurde öfters mit gutem Erfolg angewandt.

Erst nach Eintritt der völligen Narkose kommt die Pat. in den Operationsraum, wo die Reinigung der Bauchdecken von dem bereits desinfizierten Arzt vorgenommen wird, wobei auf die mechanische Reinigung mit Marmorseife und sterilen Holzfaserbäuschen der Hauptwert gelegt wird; es folgt noch Abreiben mit Äther, Spiritus und Abwaschen mit Sublimat 1‰.

Die Ärzte dürfen mindestens 24 Stunden vorher nicht mit septischem Material in Berührung gewesen sein. Infektiöse Operationen sind mit Gummihandschuhen auszuführen. Die Gefahr der Luftinfektion hält K. für sehr gering, ebenso die von seiten der Respirationsluft, und wendet Bartbinden und Gesichtsmasken nicht an. Sprechen ist bei der Operation zu vermeiden. Der Kopf wird mit einer sterilen Mütze bedeckt, um bei unabsichtlichem Zusammenstoßen der Köpfe Abstreifen infektiöser Partikel zu vermeiden.

Eine der wichtigsten und schwierigsten Maßnahmen ist die Pflege und gründliche Desinfektion der Hände. Nur eine glatte, gutgepflegte Haut läßt sich desinfizieren. Das wichtigste ist die lange und gut durchgeführte mechanische Reinigung mit Wasser und Seife. Damit gelingt es allein schon, die Hände in einen Zustand zu versetzen, um jede Operation gefahrlos für den Pat. auszuführen und ideale Resultate zu erzielen. Antiseptika erhöhen die Sicherheit noch. Handschuhe sind überflüssig. Von der Bürste wird ausgiebiger Gebrauch gemacht, doch wird jede Bürste nur einmal benutzt, dann sofort wieder ausgekocht. Der Gang der Desinfektion ist so: Seifen mit Schleich'scher Marmorseife und Bürste 10 Minuten, dann Abreiben mit Spiritus, dann mit Äther, dann wieder mit Spiritus und Abwaschen mit Sublimatlösung.

Seide und Katgut werden vor der Operation gekocht, letzteres in gesättigter Ammoniumsulfatlösung nach Elsberg.

K. arbeitet mit 2 Assistenten, nimmt sich Instrumente, Tupfer, Kompressen selber und fädelt auch die Nadeln selber ein, so daß jede Mitwirkung nichtärztlicher Personen fehlt, Operateur und Assistenten allein verantwortlich sind.

Die Ausführung der Laparotomie. K. benutzt zu gynäkologischen

Operationen den Schnitt in der Mittellinie; der Schnitt wird möglichst klein gemacht. Das Peritoneum wird mit der Haut an mehreren Stellen mit scharfen, zweizinkigen Zangen zusammengefaßt zum Zwecke der Blutstillung und leichteren Übersichtlichkeit. Das Operationsgebiet wird freigelegt und mit Kompressen umgeben.

Die Tamponade der Peritonealhöhle nach v. Mikulicz oder der Abschluß derselben gegen das Operationsterrain nach Schede und Bardenheuer wurde besonders in solchen Fällen angewandt, in denen es nicht gelang, alle infektiösen Massen zu entfernen oder wo dauernd durch Öffnungen in Darm oder Blase und dergl. infektiöse Stoffe hervortreten und die Peritonealhöhle infizieren können. Gelingt es, die infektiösen Massen gründlich zu entfernen, so wird die Bauchhöhle vollständig geschlossen.

Das Streben bei Ausführung der Laparotomien ging dahin, durch zunehmende Übung und vollkommene Beherrschung der Technik die Dauer der Operation nach Möglichkeit abzukürzen, mit dem geringsten Blutverlust und der geringsten Menge Chloroform zu operieren bei möglichster Einschränkung der Zahl der mitwirkenden Hände.

Nach Beendigung der Operation wird keine »gründliche« Toilette gemacht, sondern nur das überflüssige Blut und event. Ascites mit trockenen Tupfern entfernt, soweit dies ohne großen Zeitverlust möglich.

Die Bauchwunde wird so geschlossen, daß Peritoneum, Muskulatur, Fascie mit je einer fortlaufenden Katgutnaht vereinigt werden und darüber die Haut mit Seidenknopfnähten, die zur Vermeidung jeden Hohlraumes die Fascie mitfassen. Die Wunde wird mit sterilen Kompressen bedeckt und mit breiten, von einer Seite zur anderen gehend, Heftpflasterstreifen gesichert. Diesen festen Verband hält K. für sehr wichtig, da er die Wunde vor den durch Husten und Erbrechen bedingten Dehnungen schützt, und die dadurch hervorgerufenen Schmerzen lindert.

Nachbehandlung nach Laparotomien. Kollabiert der Pat. während oder nach der Operation, so wird sofort eine intravenöse Kochsalzinfusion von 2 Liter gemacht; ebenso bei Nachblutungen, ohne zu befürchten, daß dadurch die Blutung angeregt würde. Steht die Blutung nicht, so muß Relaparotomie gemacht werden. Die Prognose ist eine zweifelhafte. Um Erbrechen zu vermeiden, wird 24 Stunden lang weder Nahrung noch Flüssigkeit gereicht, zu starker Durst mit Infusionen bekämpft. Zur Vermeidung der Darmlähmung Einlegen eines weichen Darmrohres 12 Stunden post laparot. event. ein Glycerinklystier, oder bei fehlender Wirkung ein Klystier von Sirup und Milch, letzteres meist mit Erfolg.

Während ältere und schwächliche Leute möglichst früh aufsitzen und event. schon ein paar Tage p. op. aufstehen, um Hypostasen und Pneumonien zu vermeiden, bleiben junge kräftige Leute 3 Wochen im Bett liegen. Macht die Ernährung per os Schwierigkeiten, so werden mit gutem Erfolg reichlich Kochsalzinfusionen, rektale Ernährung und subkutane Ölinjektionen angewandt.

Reifferscheid (Bonn).

Berichtigung.

Von

Albert Sippel.

In meinem Aufsatz über Drainage nach Laparotomie (d. Zentralblatt 1903 Nr. 6) findet sich ein sehr versehentlicher Irrtum, insofern Bonnet im Zusammenhang mit der Hämatokelenbildung genannt wird. Es soll natürlich »Busse« genannt sein. — (Eingegangen am 8. März 1903. Red.)

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 16. Sonnabend, den 18. April. 1903.

Inhalt.

I.

Ein Fall von dorso-anteriorer Vorderhauptslage.

Von

F. Ahlfeld.

»Vorderhauptslage nennt man diejenige Schädellage, bei welcher die Stirn gegen die vordere Beckenwand tritt und das Vorderhaupt den vorangehenden Teil des Schädels bildet. Die Stirn tritt zugleich tiefer und der Schädel tritt mit nach hinten gerichtetem Hinterhaupt auf den Beckenboden und durch die Schamspalte. Die Kopfstellung ist eine occipito-posteriore«. So definiert Veit in der neuesten Auflage des Olshausen-Veit'schen Lehrbuches p. 196 die Vorderhauptslage.

Ich halte diese Definition nicht für genügend, denn sie begreift die Fälle von vorübergehender Vorderhauptslage, die wir bei plattem Becken so häufig beobachten, in denen der Kopf, in die Beckenmitte gelangt, sich mit dem Hinterhaupte regelrecht nach vorn dreht, nicht in sich.

Durch Beobachtung eines Falles von occipito-anteriorer Vorderhauptslage bin ich aber weiter in der Lage, die Definition auch nach anderer Richtung vervollständigen zu können:

Die 40 Jahre alte, 9. geschwängerte Schrankenwärterin E. wurde uns wegen ganz enormer Genitalvaricen überwiesen. 167 cm groß, zeigte ihr Becken keine Überweiten, sondern fast normale Maße: 23,7, 27,9, 30,0, 19,0; Promontorium mit einem Finger nicht zu erreichen. Schwangerschaft am Ende.

Bei Beginn der Geburt wurde der ziemlich erhebliche Hängebauch durch eine breite Binde erhoben und festgehalten. Kopf beweglich über dem Becken. Rücken rechts.

Im Laufe der ersten Stunden der Geburt stellte sich, wie die äußere Untersuchung ergab, der Kopf dem Beckeneingange gut auf. 9 Uhr 50 Vormittags wurde bei vollständig eröffnetem Muttermunde die Blase gesprengt. Die bis dahin schwachen Wehen setzten kräftig ein und trieben den Kopf in die Beckenmitte. Da die Austreibungsperiode sich trotzdem in die Länge zog, wurde Nachmittags 5 Uhr 45 innerlich untersucht. Der Befund war auffallend: Große Fontanelle links hinten, bildet die tiefste Stelle des Kopfes; Pfeilnaht im zweiten schrägen Durchmesser. Kleine Fontanelle nicht zu erreichen.

Man versuchte durch Hinaufdrängen des Vorderhauptes mittels zweier Finger das Hinterhaupt herabzubringen. Es gelang nicht. Bei ungenügender Anwendung der Bauchpresse verliefen weitere zwei Stunden (7 Uhr 40), ohne daß eine Änderung erzielt war. Die nun wiederum vorgenommene Untersuchung ergab das gleiche Resultat, wie vorher. Auch jetzt war die kleine Fontanelle nicht zu erreichen. Des abnormen Befundes halber wurde Herr Privatdocent Dr. Kühne gebeten, ebenfalls zu untersuchen. Er bestätigte den Tatbestand.

Seit dem Blasensprung waren Herztöne nicht zu hören, was zum Teil auf starke Darmgeräusche, zum Teil auf die Bauchbinde die beim Auskultieren genierte, zum Teil auf die abnorme Haltung des Kindes bezogen wurde. Als die Austreibungsperiode 12 Stunden gedauert hatte, der Kopf in der ungünstigen Stellung noch etwas tiefer getreten war, ließ ich die Zange anlegen, die wir wohl schon eher angewendet haben würden, wenn wir nicht Verletzungen der enormen Venenpackete des Introitus gefürchtet hätten.

Ohne große Schwierigkeiten und ohne die gefürchtete Verletzung wurde ein mäßig asphyktisches Kind geboren (Abends 9 Uhr 5), 3610 g schwer, 54 cm lang. Bei dem Heraushebeln mittels der Zange wurde der Geburtsmechanismus genau beobachtet und festgestellt, daß das Hinterhaupt sich um den Schambogen rotierte.

Das Kind bot in seiner Kopfform folgende Eigenheiten: Das Vorderhaupt ragte stark hervor und trug eine mittelstarke Kopfgeschwulst, die zu beiden Seiten der Pfeilnaht, in der Hauptmasse dicht hinter der großen Fontanelle saß, doch auch auf das Stirnbein überging. An diese schloß sich eine deutlich muldenförmige Einbuchtung des Schädels, entsprechend der Gegend der kleinen Fontanelle, an die sich das etwas verlängerte Hinterhaupt anschloß.

Die Kopfdurchmesser betrugen: Fronto-occipito 13,0, Mento-occipito 12,2 cm, Bipariet. 9,9 cm.

Obwohl die Zange den Kopf ohne Gewalt entwickelte, hatte das rechte, etwas nach hinten liegende Blatt eine erhebliche Quetschung an der rechten Backe, bis zum rechten Nasenflügel reichend, bewirkt. Die Losstoßung zerquetschten Gewebes war erst in der 3. Woche beendet. Dementsprechend bestand auch eine rechtsseitige Facialislähmung.

Am siebenten Tage hatte sich der Kopf konfiguriert und ließ keine Abnormität mehr nachweisen. An der Stelle der muldenförmigen Einbuchtung bildete sich ein Dekubitus, der noch mehrere Wochen zu seiner Reinigung brauchte. Am Tage der Entlassung untersuchte ich die Wöchnerin nochmals genauer auf ihre

Beckenform, konnte aber keine wesentliche Anomalie finden, die den abnormen Geburtsmechanismus hätte erklären können.

Einzig bleibt der Hängebauch, der ätiologisch herangezogen werden könnte; doch habe ich oben schon mitgeteilt, daß bei noch beweglichem Kopfe diese Anomalie durch eine breite, fest angezogene Bauchbinde korrigiert worden war.

Dieser Fall bildet einen Beleg, daß ich nicht mit Unrecht in meinem Lehrbuche (2. Auflage p. 381) die occipito-posterioren Vorderhauptslagen als »dritte und vierte Vorderhauptslage« bezeichnet habe, denn es ist nun erwiesen, daß auch eine erste und zweite Vorderhauptslage vorkommen kann.

Zweckmäßig erscheint es mir, die nur vorübergehenden Vorderhauptslagen, wie wir sie besonders beim Durchtritt durch den Beckeneingang abgeplatteter Becken und bei Zwillingen beobachten, von den bleibenden, die auch auf dem Beckenboden angelangt noch fortbestehen, zu trennen. In ersteren Fällen könnte man vom »Tiefstand der großen Fontanelle« sprechen, in letzteren von »Vorderhauptslagen«.

II.

Zum konservativen vaginalen Kaiserschnitt, ausgeführt wegen unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft.

Von

E. Ehrendorfer.

In der letzten Nummer (52) des Zentralblattes für Gynäkologie vom Jahre 1902 gibt Bumm[1] eine tabellarische Übersicht der bisher ausgeführten beziehungsweise veröffentlichten vaginalen Kaiserschnitte (26 nebst 13 eigenen Fällen), welcher zu entnehmen ist, daß diese Operation in der Mehrzahl der Fälle nur den Vorakt zur Entfernung der schwangeren Gebärmutter wegen Karzinom gebildet hat, während in einer geringeren Anzahl der Fälle eine Narbenstenose der Cervix (2mal), Herzfehler (2mal), Eklampsie (7mal), erfolglose Einleitung künstlicher Frühgeburt bei verengtem Becken (2mal), Nephritis (1mal), Blutung wegen tiefsitzender Placenta (1mal), Chorea (1mal), die Anzeige hierzu gebildet haben. Den frühesten Zeitpunkt der Schwangerschaftsunterbrechung bildete einige Male der sechste Monat, einmal wurde das Ei im fünften Schwangerschaftsmonate entfernt.

Mit Rücksicht auf die kleine Zahl der bisher aus einer anderen Indikation als Krebs des Gebärorgans vorgenommenen Sectio caesarea vaginalis mit Erhaltung der Gebärmutter, soll ein weiterer Fall einer derartigen Operation zur Mitteilung gelangen, welcher wegen einer seltenen Indikation der Hyperemesis gravidarum gravis im fünften Schwangerschaftsmonate mit günstigem Erfolge ausgeführt worden ist.

[1] Zur Technik und Ausführung des vaginalen Kaiserschnittes.

Versteht man unter Kaiserschnitt die Spaltung des schwangeren Uteruskörpers behufs Entfernung seines Inhaltes, dann spielt die Zahl der Schwangerschaftsmonate hinsichtlich der Bezeichnung des Operationsvorganges keine Rolle.

Vorerst die Beschreibung des von mir im Anfange des Jahres 1901 operierten (Privat-) Falles.

N. N., 23 Jahre alte Frau aus W., mütterlicher- und väterlicherseits hereditär belastet. Vor sechs Jahren machte sie eine hartnäckige Bronchitis durch und brachte deshalb seither stets den Winter im Süden zu. Sie litt öfters an verschiedenen nervösen Zuständen mit erhöhter Reizbarkeit, nach Ärger trat leicht Erbrechen und Husten ein. Bei der zartgebauten, sonst ziemlich gut genährten intelligenten Frau, trat im dritten Monate ihrer (ersten) Schwangerschaft zeitweilig Erbrechen nach dem Essen ein, welches sich allmählich steigerte. Die Kranke wurde blaß, litt viel an Durst und hatte schon vor der Mahlzeit Angst vor dem Genusse fester Speisen. Mitte Januar 1901 trat wiederholter Husten und gleichzeitig eine stärkere Speichelabsonderung ein, abends stellte sich zeitweilig leichtes Fieber ohne nächtlichen Schweiß ein. Über der rechten Lungenspitze finden sich einzelne klingende Rasselgeräusche und eine ganz geringe Dämpfung. Die Kranke wurde allmählich bettlägerig, nahm wenig Nahrung zu sich, die später nur in Flüssigkeiten bestand, und magerte bei zunehmendem Erbrechen ständig ab. Die Gebärmutter hatte die Größe und Beschaffenheit einer graviden von etwa vier Schwangerschaftsmonaten. Das Ehepaar wollte auch bei Eintritt schwerer Erscheinungen alles angewendet haben, um das Ei zu erhalten. Trotz bester Pflege und Anwendung aller nötigen Maßnahmen steigerte sich das Erbrechen und der Speichelfluß. Alle paar Minuten werden größere Mengen von Speichel, täglich gewiß mehr als ein Liter, entleert. Schmerzen in der Magengegend, Steigerung der nervösen Unruhe, beängstigende Abmagerung bei zeitweiligem Fieber, dazu tritt eine ausgesprochene Enteritis membranacea mit reichlicher Schleimabsonderung ein. Da alle Mittel im Stiche lassen, wird wegen zunehmender bedrohlicher Erscheinungen, nach endlicher Einwilligung beider Ehegatten, zur künstlichen Einleitung der Fehlgeburt (3. Februar 1901) geschritten. Bei der darauf in Narkose vorgenommenen Dilatation mittels Metallstiften, zeigte es sich, daß der Mutterhals des stark anteflektierten Uterus auffällig lang und sein Gewebe ungewöhnlich straff und unnachgiebig war. Es konnte nur mit Mühe ein schmaler Jodoformgazestreifen über den inneren Muttermund hinaufgeschoben und ein Laminariastift eingelegt werden. Darauf den ganzen Tag starkes Erbrechen, Husten und fast unaufhörliches Schleimspucken. Geringe Schmerzen im Unterleibe. Nächsten Tag keine Wehen, keinerlei Geburtsveränderungen, Fortdauer aller übrigen Krankheitserscheinungen, Prostration der Kräfte. Die Kranke will nichts mehr an sich vornehmen lassen und will Ruhe haben. Das vorher zeitweilig bestandene abendliche Fieber stellt sich auch früh ein, der Puls wird rasch, die Zunge stark belegt und trocken, Foetor ex ore. Speichelfluß wird geringer. Es treten zeitweilig Benommenheit und Delirien ein, der Puls nimmt an Frequenz zu, an Völle ab und sichtlich schwinden die Kräfte der Kranken. Angesichts des herannahenden Endes geben die Angehörigen ihre Einwilligung zur gewaltsamen Ausräumung der Gebärmutter als letztem Rettungsversuch. Am 10. Februar 1901 wird die halb bewußtlose, bis zum Skelett abgemagerte Kranke nur anfangs etwas narkotisiert. Nach üblicher Vorbereitung und rascher Desinfektion wird der Scheidenteil mit Kugelzangen kräftig herabgezogen, das vordere Scheidengewölbe quer gespalten und die Blase samt Bauchfell weit über den inneren Muttermund stumpf abgeschoben. Die starre Cervixwand wird mittels Schere median gespalten und der Schnitt, bei weiterem Nachfassen und Herabziehen in das Corpus uteri, eine Strecke weit fortgesetzt. Nach Sprengung der sichtbar werdenden Fruchtblase und Entleerung des Wassers stürzt eine beträchtliche Menge mehr arteriellen Blutes aus dem Uterus hervor. Der etwa aus dem Beginne des fünften Lunar-

monats stammende Fötus wird teils mit den Fingern, teils mittels Polypenzange gefaßt und entfernt, ebenso wird auch sofort die ganze Nachgeburt, unter stetem Massieren des Uterus und Gegendruck von außen rasch gelöst und vollständig entfernt. Die Uterushöhle durch kräftiges Auswischen mit steriler Gaze von der Decidua möglichst befreit. Der Mutterhals wird kräftig herabgezogen, der Uterus allseitig massiert und kombiniert kräftigst zusammengedrückt gehalten, worauf die Blutung steht. Die ganze Uterus- sowie die Scheidenwunde wird mittels Knopfnähten verschlossen, keine Drainage. Ein steriler Jodoformgazestreifen wird vor die Portio gelegt und der Uterus durch längere Zeit von außen festgehalten, kein Sekale. Die Blutung wiederholt sich nicht mehr. Pat. erholt sich etwas, nachdem sie eine subkutane Kochsalzinfusion erhalten hat. Etwa durch $1^1/_2$ Tage findet zeitweilig Erbrechen und Speichelfluß statt. Von da an hört das Fieber auf, der Puls hebt sich. Zuerst unterbleibt das Erbrechen und dann allmählich die Salivation und auch der Husten. Wochenfluß gering, geht ungestört ab. Nach 4 Tagen wird der Gazestreifen aus der Scheide entfernt, letztere 2mal täglich mit verdünnter Lysollösung ausgespült. Reaktionsloser Wundverlauf. Es stellt sich sich am zweiten Tage Hungergefühl ein, Pat. schläft zum ersten Male wieder während der Nacht. Stuhlgang tritt von selbst ein. Nach einer Woche haben die Kräfte, nach Rückgang aller krankhaften Erscheinungen, sichtlich zugenommen. Pat. bekommt Farbe und verbringt den Tag im Ruhebett. In der dritten Woche, nachdem sich die Kranke sehr erholt hatte, beginnt sie Bewegung zu machen und fährt aus. Sie nahm an Körpergewicht bedeutend zu, und sah schließlich blühender aus wie je zuvor. Sie erfreut sich bis heute in jeder Beziehung der besten Gesundheit. Die Menstruation geht anstandslos vor sich. Eine Konzeption wurde vorläufig zu vermeiden gesucht.

Dührssen hat bald nach Angabe seiner Methode des vaginalen Kaiserschnittes, durch welche auch ohne jede Wehentätigkeit von der Scheide her Zugang zur Gebärmutter verschafft und sie selbst rasch entleert werden kann, die Anzeige zu jener Operation erweitert (1898) und sie für wesentliche Abnormitäten des Mutterhalses (wegen Karzinom, Myom, Rigidität, Stenose), sowie für lebensgefährliche Zustände der Mutter (bei Lungen-, Herz-, Nierenerkrankung, beziehungsweise Eklampsie und Urämie, sowie vorzeitige Placentalösung), welche voraussichtlich den Tod der Mutter herbeiführen, in der Voraussetzung empfohlen, daß der Mutterhals geschlossen und nicht dilatabel ist, und dabei eine begründete Voraussicht besteht, durch Entleerung des Uterus die Lebensgefahr zu beseitigen oder zu mildern.

In unserem Falle ließ der Versuch, den langen und derben Mutterhals zu erweitern und Wehen anzuregen, gänzlich im Stiche, und drängte schließlich der Eintritt von unmittelbarer Lebensgefahr zum letzten Rettungsversuch durch sofortige gewaltsame Entleerung der Gebärmutter. Ohne daß ich eine Kenntnis davon hatte, daß in einem ähnlichen Falle aus besagter Indikation eine derartige Operation ausgeführt worden ist, ging ich daran, das Ei in gleicher Weise zu entfernen, wie wenn man etwa ein submuköses Korpusmyom bei Erhaltung des Uterus entfernen wollte. Bei näherer Durchsicht der Literatur fand ich nachträglich einen in Dührssen's Statistik erwähnten Fall von Spinelli, welchen Donadoni[2] in einem

[2] Donadoni, Rendiconto riassuntivo delle operazioni eseguite durante l'anno 1898. Archivo italiano di gynaecolog. 28. Februar 1899. Nr. 1.

Sammelberichte über die im Jahre 1898 von ersterem Autor ausgeführten Operationen anführt, in welchem nämlich bei narbigem Kollum und Hydramnios wegen unstillbaren Erbrechens der vaginale Kaiserschnitt ausgeführt worden ist. Der Originalbericht selbst war mir nicht zugänglich.

Die Indikation wurde in unserem Falle durch die schwere Hyperemesis gravidarum mit Salivation gegeben, zu deren Bekämpfung eine Reihe von Mitteln fruchtlos angewendet worden waren, nachdem auf die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt der torpide, mit langem, sehr derbfaserigem Hals ausgestattete Uterus keinerlei Wehentätigkeit entfalten wollte. Als die Lebensgefahr durch raschen Kräfteverfall sich angekündigt hatte, wäre jede andere Methode nicht nur zeitraubend, sondern auch sicherlich nutzlos gewesen. Die bald darauf eintretende günstige Nachwirkung und der weitere rapide Fortschritt in der Besserung rechtfertigten durchaus den Eingriff. Gerade bei schweren Fällen von Hyperemesis ließen wiederholt die bekannten Einleitungsverfahren der Fehlgeburt im Stiche und wäre in ähnlichen Fällen, die bei unmittelbarer Lebensgefahr zur raschen Entleerung drängen und wo keine ausreichende Wehentätigkeit zu erzielen ist, das Verfahren des konservativen vaginalen Kaiserschnittes, vermittels dessen der Uterus sicher und am raschesten eröffnet und das Schwangerschaftsprodukt entfernt werden kann, in ernste Erwägung zu ziehen. In unserem Falle wirkte das Verfahren bestimmt lebensrettend.

Hinsichtlich der Technik des Verfahrens erschien es mir, wegen Kürze der vorderen Scheidenwand und der Enge der Vagina, in diesem Falle vorteilhaft, das vordere Scheidengewölbe der Quere nach zu eröffnen, während dasselbe sonst vielfach sagittal gespalten wird. Die seitlichen Gebärmuttergefäße wurden dabei nicht verletzt. Ich eröffnete darauf die Cervixwand und das untere Uterinsegment ohne Peritonealverletzung nur vorn (Hysterotomia vaginalis anterior), da mir diese Öffnung hinreichend erschien, die relativ kleine Frucht samt Nachgeburt entfernen zu können, ohne durch gleichzeitige Spaltung der Rückwand der Gebärmutter die Gefahr der Blutung erhöhen, den Eingriff komplizierter und länger dauernder gestalten zu müssen, zumal da der Uterus erhalten bleiben sollte (konservativer vaginaler Kaiserschnitt). Auch Bumm gibt in seiner kürzlich erschienenen bereits erwähnten Mitteilung der Meinung Ausdruck, daß die Spaltung der vorderen Cervix- und Uteruswand auch für spätere Schwangerschaftsmonate zur Entleerung genüge, und dort anzuempfehlen sei, wo nicht gleichzeitig die Gebärmutter entfernt werden müsse. Sollte man damit gegeben Falls nicht auskommen, so spaltet man soweit nötig auch die Rückwand des Uterus.

Die in unserem Falle plötzlich nach Entfernung der Frucht eingetretene Blutung war im Augenblicke eine starke, doch nicht stärker als wie sie sonst im Verlaufe von Fehlgeburten im ganzen

vorzukommen pflegt. Im vorliegenden Falle hatte der Blutverlust auch keine weiteren üblen Folgen nach sich gezogen. Wenn es sich auch nicht in jedem Falle empfehlen dürfte, die Nachgeburt, ohne daß Wehentätigkeit vorhanden ist, sogleich zu entfernen, so erschien es hier wohl sehr angezeigt, die Gebärmutter mit einem Male rasch und gründlich zu entleeren, um nicht die hochgradig geschwächte Pat. durch etwa später nötig werdende weitere Eingriffe in noch größere Gefahr zu stürzen. Durch eine allseitig anhaltende und feste bimanuelle Kompression nebst Massage des Uterus, und durch kräftiges Herabziehen desselben bis er sich energisch zusammenzog, wurde die Blutung gestillt und damit die Tamponade des Utero-Vaginalkanales, welche Dührssen als zur Methode geradezu gehörig erachtet, vermieden, ein Vorgang, der in einem Falle von unstillbarem Erbrechen, infolge neuerlicher Ausdehnung des Uterus, eher hätte wieder Nachteil zur Folge haben können. Schwierigkeiten bezüglich der Ausscheidung des Wochenflusses ergaben sich keine. Einesteils war die Absonderung infolge Auswischens der Uterushöhle, sowie wegen der hochgradigen Blutleere der Pat. eine geringe, andererseits war aus eben dem Grunde und da die Cervix durch Laminaria etwas erweitert blieb, kein wesentliches Hindernis vorhanden.

Hinsichtlich der Ätiologie handelte es sich im vorliegenden Falle um eine vorhandene Disposition durch nervöse Belastung, und würde daher beschriebener Fall den Ansichten jener eher entsprechen, welche die Hyperemesis im allgemeinen als eine Neurose, sei es im Wege des Reflexes oder infolge Störung der nervösen Funktion, auffassen. Andere Ursachen, als anderweitige Organerkrankungen oder solche örtlicher Natur, waren hier auszuschließen. Für eine toxische Entstehungshypothese sprachen nicht die anhaltenden Diarrhöen. Erwähnt sei noch, daß im Vergleiche zu gegenteiligen Angaben anderer in unserem schweren Falle von unstillbarem Erbrechen schon recht frühzeitig ein intermittierendes Fieber vorhanden war, das nach Entleerung des Uterus nie mehr wiederkehrte.

Es bleibt Dührssen's Verdienst, dieses Operationsverfahren, welches in ganz ähnlicher Weise schon vorher zur Entfernung von Geschwülsten angegeben und geübt worden ist (Czerny, Doyen), in dringenden Fällen auch zur Entleerung des schwangeren Uterus als vaginalen Kaiserschnitt empfohlen und ausgeführt zu haben. Unser Fall zeigt, daß in Fällen von vergeblicher künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft zur Beseitigung der Lebensgefahr, ein derartiger Eingriff eine wesentliche Bereicherung unserer Heilmethode ist.

III.

Ein weiterer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eclampsia graviditatis.

Von
A. Dührssen in Berlin.

Die warme Empfehlung, welche Bumm dem vaginalen Kaiserschnitt in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe hat zu teil werden lassen, und die ausgezeichneten Erfolge[1], welche er in 13 Fällen erzielt hat, werden hoffentlich auch andere Kliniker veranlassen, den vaginalen Kaiserschnitt außer bei Uteruskarzinom auch bei den anderen von mir in meiner Monographie[2] aufgezählten Störungen der Schwangerschaft, zumal bei der Eklampsie, in Anwendung zu ziehen.

Wie leicht diese Operation auch in den ungünstigsten Fällen — nämlich bei Iparen mit engem Vaginalrohr und großem Kind — auszuführen ist, wenn man sich nur genau an meine Vorschriften hält, möge folgender Fall beweisen:

Anamnese: Frau G. P., eine 25jährige Igravida, war mit Ausnahme eines leichten, im 17. Lebensjahre durchgemachten Scharlachs stets gesund und normal menstruiert. Am 19. April 1902 heiratete sie und hatte die letzte Periode am 25. Mai 1902. In der Schwangerschaft war vom 2.—5. Monat leichtes, morgendliches Erbrechen vorhanden. Ende Januar 1903 schwollen die Extremitäten und das Gesicht an — ein Arzt fand jedoch im Urin kein Eiweiß. Seit dem 23. Februar konnte die Schwangere nicht mehr ordentlich sehen, hatte heftige Kopfschmerzen und täglich zweimaliges Erbrechen. Der Urin war reichlich. Am 26. Februar, in der Nacht um $3^1/_2$ Uhr klagte die Pat. über heftige Kopfschmerzen und erbrach sich. Um 5 Uhr wurde sie sehr unruhig und klagte, daß sie gar nichts mehr sähe, um $7^1/_2$ Uhr bekam sie einen 5 Minuten langen Krampfanfall, nach je 10 Minuten einen zweiten, dritten und vierten. Um 8 Uhr injizierte der hinzugerufene Arzt, Herr Dr. Hentzelt in Zehlendorf, 0,02 Morphium, leitete dann die Chloroformnarkose ein und brachte die Kranke im Krankenwagen in meine Klinik, wo sie um $10^1/_2$ Uhr morgens eintraf. Das Bewußtsein hatte sie seit dem ersten Anfall nicht wieder erlangt. Um 11 Uhr bekam sie den fünften Anfall. Da ich mitten in einer schwierigen Köliotomie begriffen war (Pyosalpinx- und Pyovariumexstirpation), sah ich die Kranke erst $11^1/_4$ Uhr morgens.

Status: Kräftig gebaute Blondine mit gedunsenem, cyanotischem Gesicht, röchelnder Atmung, kräftigem Puls von 70 Schlägen. Zunge geschwollen, zerbissen. Temperatur 36,8.

Fundus steht am Rippenrand, Kopf tief im Beckeneingang, Wehen sind nicht vorhanden, doch ist der Uterus sehr gespannt. Herztöne sind nicht zu hören. Auch die Bauchhaut ist ödematös geschwollen. Vaginalrohr nur für zwei Finger durchgängig, rigide, Schleimhaut schwarzblau, Cervix völlig erhalten, für einen Finger durchgängig.

Die Blase enthält nur wenige Tropfen dunklen Urins, der beim Kochen erstarrte.

---

[1] Dieses Blatt 1902. Nr. 52.

[2] Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin, Karger, 1896.

11 Uhr 30 Operation: Nach Einleitung der Chloroform-Sauerstoffnarkose und Injektion von 0,33 Ergotin wird zunächst eine rechtsseitige Scheiden-Damminzision angelegt, aus der sich fast schwarzes Blut entleert. Nunmehr ist die Vagina bequem für die geballte Faust durchgängig und die Portio bequem mit zwei Doyen'schen Spiegeln einzustellen. Sie wird seitlich durch zwei Kugelzangen gefaßt, die sofort durch zwei Katgutnähte als Zügel ersetzt werden. Es folgt die mediane Spaltung der vorderen Lippe — die Spaltung wird auf die vordere Vaginalwand bis zur inneren Urethralmündung fortgesetzt und die deutlich sichtbare Blase stumpf von der vorderen Uteruswand bis zu ihrem festeren Ansatz am Uterus abgeschoben, bis zu welchem Bereich die vordere Uteruswand in der Fortsetzung des Portioschnittes durchschnitten wird. Da die geballte Faust in die gesetzte Öffnung noch nicht bequem eingeführt werden kann, so wird die hintere Lippe median gespalten, der Schnitt in das hintere Scheidengewölbe hinein verlängert, das Douglasperitoneum stumpf in die Höhe geschoben und die hierdurch freigelegte hintere Uteruswand in der Verlängerung des Portioschnittes einige Centimeter weit gespalten, wobei die Fruchtblase sprang und viel Wasser entleerte. Die Blutung war nur unbedeutend.

Nunmehr leichte Wendung auf den rechten Fuß, der sofort die Extraktion folgt. Das Kind, ein 4500 g schweres Mädchen, ist tief asphyktisch. Nach Katheterisation der Trachea und Schultze'schen Schwingungen wird es jedoch in 20 Minuten völlig wiederbelebt.

Darauf wurde, nachdem der Uterus sich von vornherein gut zusammengezogen hatte und keine wesentliche Blutung aufgetreten war, um 12 Uhr 10 die große Placenta exprimiert und zur Naht der Uterusinzisionen geschritten: Nachdem je zwei Katgutnähte durch das obere Ende des vorderen und des hinteren Schnittes gelegt worden waren, mußte wegen Blutung ex atonia uteri derselbe mit einem 10 m langen Gazestreifen austamponiert werden, was mit Hilfe eines in den Uterus selbst eingeführten vorderen Spiegelblattes sehr rasch vor sich ging.

Darauf wurde der hintere Uterusschnitt bis zum äußeren Muttermund herab durch vier, der vordere durch fünf Katgutknopfnähte exakt geschlossen. Der vordere Scheidenlängsschnitt wurde bis nahe an die Portio durch eine fortlaufende Katgutnaht vereinigt, nachdem vorher der Raum zwischen Blase und vorderer Cervixwand durch einen Jodoformgazestreifen austamponiert war. Der hintere Scheidenschnitt der von Haus aus kleiner war, hatte sich so retrahiert, daß man ihn und die fingergliedlange, über ihm gelegene Höhle mit wenig Gaze ganz ausfüllte und daher nicht zu vernähen brauchte. Den Schluß der Operation bildete die fortlaufende Naht der Scheidenwunde und der Verschluß der Dammwunde mit vier Silkwormnähten. Ein blutender Einriß des hinteren Hymenalsaumes wurde durch eine kleine fortlaufende Katgutnaht geschlossen und die Scheide mit einem vierten Gazestreifen ausgefüllt. 12 Uhr 30 Ende der Operation. Der Uterus kontrahierte sich nach der Tamponade ausgezeichnet und blieb dauernd hart.

Die Cyanose der Pat. war schon nach der vollendeten Extraktion geringer geworden. Der Puls war dauernd gut.

Ein Anfall trat nicht mehr ein, ca. eine Stunde nach vollendeter Operation reagierte die Pat. schon durch Bewegungen auf Anrufen seitens der Mutter.

Obgleich die Operation durch Ausreißen des rechten Portiozügels und durch Demonstration der anatomischen Verhältnisse den anwesenden Kollegen gegenüber etwas verlängert wurde, so dauerte sie vom Beginn der Scheiden-Damminzision bis zur vollendeten Wendung nur sechs Minuten, bis zur vollendeten Extraktion acht Minuten.

4 Uhr nachmittags: Wöchnerin wacht aus tiefem Schlaf aufgeregt auf, schläft aber gleich wieder ein.

4 Uhr 45: Pat wacht wieder auf, weint, klagt über Kopfschmerzen, sieht niemanden, muß mit Gewalt am Aufstehen gehindert werden. Nach fünf Minuten schläft sie wieder ein.

5 Uhr 30: Pat. klagt über Schmerzen, wobei sie nach dem Leibe greift.

6 Uhr nachmittags sehe ich die Pat.: der Puls beträgt 90, ist kräftig, die Temperatur 36,8, Respirationsfrequenz 18. Durch die Untersuchung wird Pat. sehr unruhig, jammert über Leibschmerzen, setzt sich auf, beklagt sich bei ihrer Mutter, die sie allein hört, über grobes Anfassen und gibt ihr an, daß sie nichts sehe.

6½ Uhr nachmittags Morphiuminjektion 0,02. Entfernung des vaginalen, des vorderen Drainage- und des Uterusstreifens, welcher infolge fester Kontraktion nur schwer und unter lebhaften Abwehrbewegungen entfernt werden kann. Jetzt wird Pat. ruhiger und trinkt gierig einen Liter Milch.

27. Februar 9 Uhr morgens: Pat. hat noch 0,03 Morphium wegen Unruhe erhalten, ein Anfall war nicht mehr da, das Sensorium ist klar, Pat. sieht wieder, aber die Gegenstände verschwommen. Erst auf Befragen klagt sie über Schmerzen an der Zunge. Sie hat mehrere Liter Milch getrunken und reichlich, und zwar bereits helleren Urin gelassen. Derselbe enthält 0,4% Eiweiß.

1. März: Urin eiweißfrei.

6. März: Die Wöchnerin wird nach ganz normalem Wochenbett mit per primam geheilten Wunden, gut zurückgebildetem Uterus und gut bei künstlicher Ernährung gedeihendem Kinde entlassen.

Da ich schon eine Arbeit über die sämtlichen mir bekannten 60 vaginalen Kaiserschnitte abgeschlossen habe, so beschränke ich mich hier auf ganz wenige Bemerkungen. Ich warne nach wie vor vor der prinzipiellen alleinigen Spaltung der vorderen Scheiden- und Uteruswand, wie Bumm sie empfiehlt. Die Extraktion großer Kinder ist dann schwieriger oder kann sogar unmöglich werden — die Kinder sterben ab, und die Operation gerät unverschuldet in Mißkredit.

Aus demselben Grunde empfehle ich bei Igravidae die vorherige Spaltung des Scheidenrohres. Letzteres muß, ebenso wie die Uterusöffnung, durch die Spaltung so weit werden, daß eine große Mannsfaust bequem durchgeführt werden kann! Die Operation dauert nicht länger bei Spaltung beider Uteruswände und ist auch nicht komplizierter: die der geschilderten Operation beiwohnenden Ärzte, die Herren Dr. Hentzelt (Zehlendorf), Dr. Feuchtwanger (Fürth), Dr. Skrla (Mähren), Dr. Larsson (Oerebro-Schweden) waren geradezu enthusiasmiert über die Einfachheit, Schnelligkeit und Übersichtlichkeit der Operation. Dabei betrug der Kopfumfang des 4500 g schweren Kindes 37 cm.

Ich warne ferner vor der Zangenextraktion beim vaginalen Kaiserschnitt: die gegebene Operation ist die Wendung und Extraktion! Die Operation ist mit einem Narkotiseur und ein bis zwei weiteren Assistenten leicht durchzuführen und viel leichter als die meisten Zangenextraktionen bei Iparae oder gar eine Perforation bei mangelhaft erweitertem Muttermund.

Nachdem das von mir aufgestellte Prinzip, bei Eklampsie den Uterus sofort zu entleeren, immer mehr Anerkennung gefunden hat, so wünsche ich nur, daß wenigstens in Kliniken die Perforationen lebender Kinder oder von Kindern, die durch das Abwarten ums Leben gekommen sind, daß ferner auch der klassische Kaiserschnitt wegen Eklampsie — der auch nach Bumm »sich bei Eklampsie

wohl kaum mehr rechtfertigen läßt« — bald von der Bildfläche verschwinden möge, und daß vor allen Dingen die Bossi'schen und die sämtlichen ihm nachgebildeten Dilatatorien möglichst schnell in die geburtshilfliche Instrumenten-Rumpelkammer fliegen mögen, wohin sie meiner Meinung nach gehören!

Diese meine Ansicht ist auch durch die Ausführungen von Bossi (Archiv für Gynäkologie Bd. LXVIII) nicht erschüttert worden.

Nachtrag.

Die nach Einsendung meines Artikels in diesem Blatte erschienenen Artikel von Rühl[3] und Wennerström[4] veranlassen mich noch zu einigen Bemerkungen. Rühl irrt, wenn er das Bumm'sche Verfahren nicht als vaginalen Kaiserschnitt bezeichnet. Das Wesen meines vaginalen Kaiserschnittes besteht darin, daß die Operation sich nicht nur intravaginal, sondern auch supravaginal abspielt, und daß sich durch Ablösung der Blase, sowie der vorderen und hinteren Bauchfelltasche — also ohne Eröffnung der Bauchhöhle — die Uteruswand so weit freilegen läßt, daß ihre Spaltung eine genügend große Öffnung erzeugt, um ein ausgetragenes, auch ungewöhnlich großes Kind schonend und in voller Lebensfrische zu entwickeln. In meiner Monographie, »Der vaginale Kaiserschnitt«, habe ich aber schon selbst Fälle angeführt, wo ich die Spaltung nur einer Uteruswand empfehle, während ich allerdings bei ausgetragenem Kinde die Spaltung beider Uteruswände als das bessere und das normale Verfahren ansehe.

Immerhin aber operiert auch Bumm supravaginal, er schiebt die Blase und das Blasenperitoneum von der vorderen Uteruswand ab. Die Operation dagegen, die Rühl am 1. November 1895 bei einer Vaginofixationsgeburt ausgeführt hat, ist eine rein intravaginale Operation, die auf einer Stufe steht mit den von mir angegebenen tiefen Cervixinzisionen. Das Wesen dieser letzteren besteht darin, daß diese Inzisionen nur bis zum Ansatz des Scheidenrohres an den Uterus geführt werden. In analoger Weise führt Rühl seinen Schnitt bei einer »Vaginofixationsgeburt« nur bis zu dem Punkte, wo das Scheidenrohr sich auf die Uteruswand überschlägt. Daß die Uteruswand in diesen Fällen von der vorderen Korpuswand und nicht von der vorderen Lippe der Portio gebildet wird, macht keinen Unterschied, weil durch die vorausgegangene Vaginofixation und die ausgebliebene Entfaltung der vorderen Korpuswand in der Schwangerschaft die Korpuswand zu einem der vorderen Lippe der Portio gleichwertigen, narbigen, gefäßarmen, intravaginal gelegenen, seiner normalen Verbindung mit der Blase und dem Blasenperitoneum beraubten Gebilde herabgesunken ist. Und wenn Rühl sein Verfahren den vorderen Uterus-Scheidenschnitt nennt, so ist das auch noch wieder

[3] Dieses Blatt 1903. Nr. 10.
[4] Ibid.

etwas anderes als die Hysterotomia vaginalis anterior von Bumm. Bumm spaltet das Scheidenrohr, Rühl dagegen nur die mit der vorderen Korpuswand zusammengewachsene Scheidenwand, die inner halb des Scheidenrohrs liegt.

Sollte Rühl trotz dieser Ausführungen Wert darauf legen, daß er vor mir von der Scheide aus einen Einschnitt in die Cervix- und Korpuswand gemacht hat, so weise ich ihn darauf hin, daß ich diesen Einschnitt bereits vor ihm im April 1895[5] empfohlen habe — und zwar für die rasche Entleerung des Uterus bei der Schwangerschaftseklampsie.

Was bezweckt endlich der vaginale Kaiserschnitt? Er bezweckt eine ungefährliche und schonende Entbindung der Mutter von einem lebenden Kinde, auch wenn es sehr groß und der Uterus noch völlig geschlossen ist. Daß der vaginale Kaiserschnitt nach meiner Methode diese Forderung erfüllt, habe ich vor Rühl und vor Acconci, dessen Prioritätsansprüche übrigens nur noch in Italien einige Beachtung finden, nachgewiesen, da ich in meinem ersten, wie auch in den späteren 3 Fällen die Kinder stets lebend, Rühl und Acconci die ihrigen tot zur Welt befördert haben. Hätte Stähler[6] in seinem Falle nicht nur den Rühl'schen Schnitt gemacht, sondern auch noch die hintere Uteruswand nach meiner Methode gespalten, so hätte er die Perforation des nachfolgenden Kopfes nicht zu machen brauchen. Ist die hintere Lippe nicht zugänglich, so vergegenwärtige man sich, daß das Divertikel bei einer Vaginofixationsgeburt durchaus dem bei Rigidität der Portio in die Scheide vorgebuchteten Kugelsegment gleichwertig ist: Sowie man dessen Widerstand durch drei bis vier tiefe Cervixinzisionen beseitigt, so spalte man bei der »Vaginofixationsgeburt« das Divertikel eventuell auch nach beiden Seiten und man wird keine Perforation zu machen brauchen. Übrigens ist der Hinweis vielleicht nicht überflüssig, daß man sich über die Frage der Behandlung der Vaginofixationsgeburt nicht mehr den Kopf zu zerbrechen braucht, falls man bei der Vaginifixur die peritoneale Öffnung für sich wieder schließt. Nach dieser Änderung der Technik habe ich 66 Geburten und außerdem 9 Schwangerschaften[7] beobachtet, in denen eine ganz normale Entfaltung des Uterus und ein normaler Geburtsverlauf stattgefunden hat.

Ich bedauere, daß Rühl nicht die Gelegenheit seiner letzten Publikation benutzt hat, um nähere Angaben über seine zwei letzten vaginalen Kaiserschnitte und die Fälle von Uterus-Scheidenschnitt zu machen, soweit er sie noch nicht veröffentlicht hat. Jeder einzelne Fall ist, bei der Zurückhaltung der meisten Kliniker gegenüber dem vaginalen Kaiserschnitte, heutzutage noch der Publikation

[5] Allgemeine deutsche Ärztezeitung 1895. Nr. 7 u. 8. April 1.
[6] Dieses Blatt 1902. Nr. 7.
[7] Berliner klin Wochenschrift 1903.

würdig, zumal wenn er nicht einmal in der Klinik ausgeführt werden konnte, wie z. B. der 1901 in diesem Blatte von Rühl veröffentlichte Fall.

Den Fall von Wennerström registriere ich mit Vergnügen als eine weitere interessante Bereicherung der Kasuistik des vaginalen Kaiserschnittes und bemerke nur noch, daß ich den vaginalen Kaiserschnitt für diese Fälle bereits in meiner im Juni 1896 erschienenen Monographie, »Der vaginale Kaiserschnitt«, empfohlen habe.

VI.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.)

Ein Dammschutzphantom.

Von

Dr. **W. Zangemeister.**

Das hier angegebene Phantom hat den Zweck, Studierenden und Hebammenschülerinnen den Dammschutz bei Kopflagen in Rücken- und Seitenlage zu demonstrieren und ausüben zu lassen, bevor sie denselben an der Lebenden selbst durchführen. Es soll gleichzeitig dazu dienen, den Mechanismus des Kopfdurchtrittes durch die Vulva bei Hinterhaupts-, Vorderhaupts- und Gesichtslagen zu zeigen.

Eine Beschreibung erübrigt sich durch die beigefügten Abbildungen.

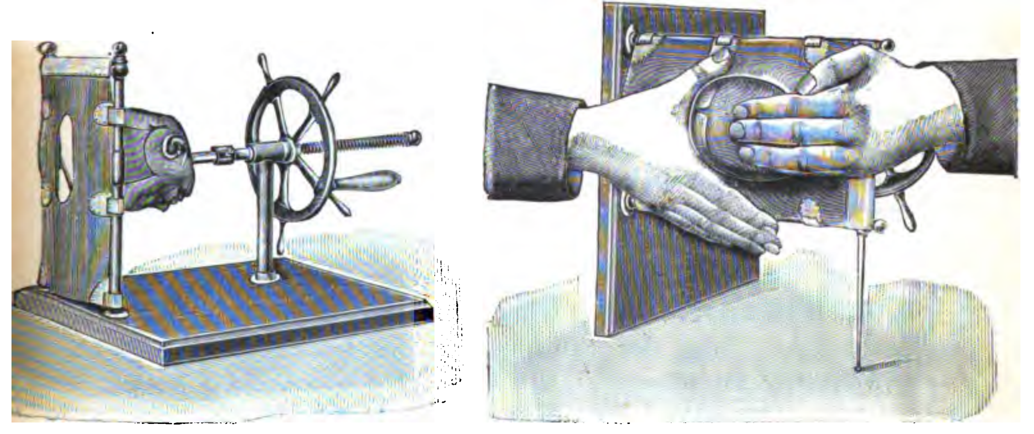


Fig. 1. Fig. 2.

Der Kopf wird auf die Schraube aufgesetzt — entweder mit dem Gesicht nach unten zur Demonstration der Hinterhauptslage oder für Vorderhaupts- und Gesichtslagen umgekehrt —, dann wird die Schraube so weit vorgedreht, daß der Kopf in der betreffenden Lage zum Einschneiden kommt. Das Durchtreiben durch die

Spalte geschieht langsam und kann in jeder Phase zur Demonstration unterbrochen werden. Die sogenannte dritte Drehung, die Austrittsbewegung, muß der den Dammschutz Ausübende am Phantom selbst bewirken. (Der Kopf ist um eine quere Achse beweglich.) Selbständig ließ sich diese Drehung ohne wesentliche Komplikation des Apparates nicht erwirken. Überdies erscheint es mir ganz vorteilhaft, daß die beim Dammschutz so wie so nötigen Handgriffe, um jene Drehung zu unterstützen, vor allem zunächst das Hinterhaupt

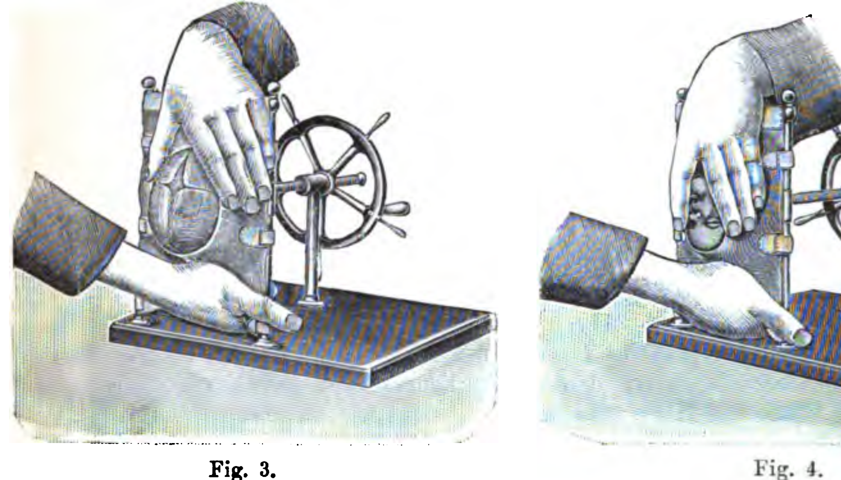


Fig. 3. Fig. 4.

e. c. herauszuarbeiten, am Phantom ausgeführt werden müssen, um einen naturgerechten Durchtritt zu erreichen.

Um auch den Dammschutz in Seitenlage zeigen zu können, läßt sich das Phantom auf die linke Seite umlegen. (Vgl. die Abbildungen.)

(Die Herstellung geschieht im Medizinischen Warenhaus, Berlin N., Friedrichstr. 108. Preis: 55 *M*.)

Referate.

1) **M. Hofmeier.** Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus.

(Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin.)
Würzburg, **A. Stuber's** Verlag (**C. Kabitzsch**), 1902.

Die frühere Anschauung von der Gutartigkeit der Myome besteht nicht mehr zu Recht, da wir wissen, daß die Myome als solche gefährliche Komplikationen verursachen können, abgesehen von dem verderblichen Einfluß auf Herz und Gefäßsystem, den diese Geschwülste sekundär geltend machen. Unter 578 Fällen (1889—1902) sah H. 8mal cystöse Degeneration, 21mal Nekrose der Geschwülste, zum Teil mit Verjauchung und Vereiterung, 11mal sarkomatöse

Degeneration. Auch die Hoffnungen, die man auf das Klimakterium setzt, werden oft getäuscht. Die Menopause tritt bei Myomkranken meistens sehr viel später ein und unter 379 operierten Kranken (aus den 578 Fällen) waren es nicht weniger als 64, bei denen erst nach dem 50. Jahre die Veränderungen sich eingestellt hatten, welche zur Operation führten. Die ausgeführten Operationen verteilen sich auf 30 Fälle von Curettage, die restierenden 349 radikalen Operationen auf 223 Laparotomien mit 28 Todesfällen = 12% und 126 vaginalen Operationen mit 4 Todesfällen = 3,2% Mortalität. Unter den Laparotomien sind 24 Fälle von Kastration (ohne Todesfall), meist mit sehr gutem Erfolg, in einem Falle mit vollständigem Mißerfolg (drittes Ovarium).

Bei den guten Resultaten, welche die vaginale Operation liefert, müssen wir Frauen, bei denen überhaupt ernstlichere Symptome vorhanden sind, mit allen Mitteln zur Operation drängen, so lange noch Aussicht auf die Möglichkeit einer vaginalen Operation besteht.

Die Enukleation hält H. für berechtigt bei relativ jungen Frauen und bei einem oder einigen Myomen von nicht zu erheblicher Größe; die Bestrebung, noch Abschnitte des Uterus zu erhalten zum Zwecke der Verminderung der Ausfallserscheinungen, erscheint dem Verf. nicht glücklich. Ob supravaginale Amputation oder Totalexstirpation, ist Sache der Technik. Mit der subperitonealen Methode hat H. unter 138 Fällen 12 Todesfälle = 8,7% Mortalität, seit 1893 bei 118 derartigen Operationen 5 Todesfälle = 4,2% Mortalität.

Unter den 578 Fällen waren 44, in denen die Myome mit Schwangerschaft kompliziert waren = 7,8%. Vorzeitige Unterbrechung tritt nicht viel häufiger ein als unter gewöhnlichen Verhältnissen (in ca. 10—12%). Fälle, die zum operativen Eingreifen während der Schwangerschaft zwingen, sind Ausnahmen; in den meisten Fällen kann man ruhig das Ende der Schwangerschaft abwarten und dann eventuell eingreifen. Mitunter geht aber selbst bei tief in der Cervix sitzenden Geschwülsten die Geburt überraschend gut von statten.

Unter den Todesfällen verdienen drei an Embolie und Herzparalyse am 14., 21. und 26. Tage einer besonderen Ernährung.

Jahreiss (Augsburg).

---

2) **P. Zweifel.** Die Symphyseotomie.

(Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. 62. Lieferung.)
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1902.

Z., der bis zum Erscheinen dieser Arbeit 46 Symphyseotomien, davon eine Reihe von 35 ohne Todesfall, ausgeführt hat, tritt aufs neue für diese Operation ein. Nach seinen Erfahrungen war die bisherige Wundbehandlung insofern eine fehlerhafte, als das Spatium praevesicale nicht in der richtigen Weise versorgt wurde. Will man einen fieberfreien Verlauf erzielen, so muß für einen freien Abfluß der Sekrete dieses Raumes durch Drainage nach unten gesorgt

werden. Durch die Scheide zu drainieren ist aber bei Fällen von Fäulnis des Fruchtwassers und wegen der Möglichkeit einer im Wochenbett eintretenden Zersetzung der Lochien zu gefährlich, deshalb rät Z. die Durchführung der Drainage durch eine Schamlippe. Die Ausführung derselben ist leicht, wenn man fingerbreit seitlich von der durchschnittenen Schamfuge an dem einen Schambein hinunter die Blase nach hinten drängt. Zur Drainage verwendet Z. Gummirohre, welche unten zur Vermeidung der Kompression mit einem leicht gebogenen Glasröhrchen von 7 mm äußerem Durchmesser armiert sind. Vom vierten Tage an wird mit der Verkürzung des Drainrohres begonnen, indem dasselbe täglich um je 1 cm weiter herausgezogen wird. Die präsymphysäre Wunde wird ebenfalls etwas drainiert. Oben am Mons veneris ist genaue Wundnaht nötig, da prima intentio von wesentlichem Einfluß auf die schnelle Wiederherstellung der Gehfähigkeit ist. Die Wöchnerinnen können mit 17—21 Tagen aufstehen. Zur Naht des Knorpels ist Chromsäurekatgut zu verwenden.

Bei richtiger Wundbehandlung wird die Lebensgefahr der Symphyseotomie auf ein Minimum herabgesetzt und wird deren Mortalität geringer werden als die des Kaiserschnittes. Alle Frauen, welche eine Symphyseotomie überstanden haben, können bei einer nachfolgenden Schwangerschaft durch subkutane Dehnung und Aufweichung der Narben von selbst ausgetragene Kinder gebären.

Die Operation darf nur gemacht werden bei normaler Temperatur, bei guten Wehen und bei lebendem Kinde.

Die Indikationsgrenze zur Symphyseotomie ist bei den platten Becken zwischen 8,5 und 6,75 cm Conjugata vera und bei den allgemein verengten und allgemein verengten platten Becken zwischen 9 und 7,5 cm Conjugata vera. **Jahreiss** (Augsburg).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 13. Februar 1903.

Vorsitzender: Herr Schülein; Schriftführer: Herr Gebhard.

Der Vorsitzende Herr Schülein gedenkt mit warmen Worten des leider zu früh verstorbenen Prof. Gessner aus Erlangen und bittet die Gesellschaft sich zu seinem Andenken von den Sitzen zu erheben.

I. Demonstrationen:

1) Herr Gauss demonstriert zwei Kinderleichen mit eigenartigem Befunde und interessanter Geburtsgeschichte.

I. Der rechte Oberschenkel des einen fast ausgetragenen Neugeborenen wird kranzförmig umgriffen von der fast zentral durchbohrten Placenta; die Eihäute sind rund herum abgerissen. Es handelte sich um eine wegen Blutung in der 37. Schwangerschaftswoche von außerhalb eingelieferte und tamponierte 37jährige Kreißende mit Placenta praevia centralis. Wegen der bei der Untersuchung wieder einsetzenden Blutung wurde — der Muttermund war für einen Finger durchgängig — die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt. Dabei war es

wegen des zentralen Placentarsitzes und des engen Muttermundes nicht möglich, eine Durchbohrung der Placenta selbst zu vermeiden, während es sonst in der kgl. Frauenklinik als Regel gilt, in Rücksicht auf das Kind zur Vornahme der Wendung den unteren Placentarrand zu umgehen und dort die Blase zu sprengen. Nach elfstündigem weiteren Kreißen war das Kind bis zum Oberschenkel geboren, während gleichseitig die ihn ganz umgreifende Placenta in der Vulva sichtbar wurde. Wegen der nicht sicher auszuschließenden Blutung in den Uterus wurde die sonst bei Placenta praevia in der Klinik verworfene Extraktion des — inzwischen abgestorbenen — Kindes vorsichtig vorgenommen unter Perforation des nachfolgenden Kopfes; der Uterus enthielt keine erheblichen Blutmengen. Die Mutter wurde am 14. Tage des Wochenbettes gesund entlassen.

G. sieht in diesem Geburtsverlaufe mit unbeabsichtigt gemachter vorzeitiger Placentarlösung — einen ähnlichen Fall hat Blumreich im Archiv für Gynäkologie Bd. LXI veröffentlicht — eine nicht genügend bekannte Gefahr, der man in vielen Fällen von Placenta praevia aus dem Wege gehen kann durch vorsichtige Umgehung des vorliegenden Placentarlappens, ohne damit der Gefahr der Luftembolie in die Hände zu fallen.

II. Das zweite Kind, ein dem 8.—9. Schwangerschaftsmonate entsprechender Säugling, wurde von einer 16jährigen Primipara mit normalem Becken in 2. Schädellage mit Armvorfall geboren.

Im Geburtsbeginne — die Blase war gesprungen, der Muttermund talergroß — lag links hinten neben dem beweglich im Beckeneingange stehenden Kopfe die rechte Hand. Bei der bestehenden absoluten Wehenschwäche wurde trotzdem von einem korrigierenden Eingriffe abgesehen in der Annahme, daß nach zweckmäßiger Lagerung der Frau die Hand entweder von selbst zurückbleiben oder — wenn nicht — bei dem kleinen Kinde und dem normalen Becken doch kein wesentliches Geburtshindernis abgeben werde. Da nach erneutem Wehenbeginne, noch ehe eine Untersuchung möglich war, die rechte Hand vor die Vulva trat, während der Kopf neben dem nunmehr vorgefallenen Arme im Becken stand, so war anzunehmen, daß die Geburt auch weiterhin spontan und ohne erheblichen Verzug zu Ende gehen werde. In der Tat wurde das Kind nach ca. 4 Stunden spontan geboren, zeigte aber am rechten Arme auffällige, aus dem aufgenommenen photographischem Bilde ersichtliche Veränderungen: hochgradige Schwellung der Hand mit blasiger Abhebung und teilweisem gänzlichen Verlust der tief blauroten Epidermis. Trotz peinlichster Sauberkeit, Salbenverbänden und hydrotherapeutischen Maßnahmen konnte eine Gangrän der Kutis mit brettharter entzündlicher Infiltration des Ober- und Unterarmes nicht verhindert werden. Nach geringer Besserung der lokalen Erscheinungen starb das Kind an Lebensschwäche 11 Tage post partum.

G. empfiehlt auf Grund dieser Geburtsgeschichte für alle Fälle von Armvorfall — auch unter so günstigen Umständen wie hier — ein prinzipiell aktiveres Vorgehen: nach vergeblichem Repositionsversuche je nach dem Stande des Kopfes Wendung, Impression oder Zange.

2) Herr A. Pinkuss demonstriert einen von ihm verbesserten und lange Zeit hindurch erprobten Heißwasserspüler aus Glas, der allen Erfordernissen zur zweckmäßigen und beschwerdefreien Ausführung des vaginalen Heißduschenverfahrens entspricht; zur bequemeren Handhabung bezw. Festhaltung des Apparates (bei kurzen Armen, Hängebauch, Fettbauch) hat er einen biegsamen Apparathaltergriff konstruirt, den er gleichfalls demonstriert; der Glasapparat besitzt u. a. den Vorzug der streng aseptischen Reinigung (auskochbar im Vergleich zu den aus Gummi oder Hartgummi hergestellten Apparaten), ist relativ haltbar und bei etwaigem Bruche in Anbetracht des mäßigen Preises (2,00—2,50 ℳ) leicht zu ersetzen; an Zeichnungen demonstriert der Vortr. die Anwendungsweise des Apparates, insbesondere in Kombination mit der Heberschlauchvorrichtung, und verweist in Bezug auf die ausführliche Beschreibung des Apparates und seiner Anwendung und überhaupt des vaginalen Heißduschenverfahrens auf seine demnächst in der Berliner klin. Wochenschrift erscheinende Arbeit; das Hauptgewicht

beruht nach seiner Erfahrung auf der Etablierung einer langsamen prolongierten Irrigation, einer permanenten Heißwassersäule im hinteren Fornix, die nicht nur thermisch, sondern auch mechanisch wirkt. Abgesehen davon ist der Apparat anzuwenden für heiße Spülungen bei Einleitung der Frühgeburt, bei Wehenschwäche (aseptisch auskochbar), für jede Scheidenreinigungs- bezw. Heilungsspülung, als mechanischer Dilatator bei Vaginismus und ähnlichen Kontraktionszuständen, auch zum Zwecke gewisser Darmirrigationen.

Herr Gottschalk verweist auf den von ihm im Handbuch der physikalischen Therapie abgebildeten Heißwasserspüler von Hasse, der dem vorgezeigten sehr ähnlich und gleichfalls aus Glas sei. Der Hasse'sche Apparat unterscheide sich vorteilhaft von dem vorliegenden dadurch, daß er den Abfluß in gleich bequemer Weise sichere wie den Zufluß der Spülflüssigkeit, indem er von zwei nebeneinander gelagerten Röhren mit weiter Öffnung durchbohrt sei. G. hält es für fraglich, ob die kleinen seitlichen Löcher an dem vorgezeigten Apparate den Rückfluß der Spülflüssigkeit genügend ermöglichen, es scheint ihm nicht ausgeschlossen, daß die Flüssigkeit außen am Apparate vorbei laufen wird, damit wäre aber dann der Zweck vereitelt. Angesichts der im allgemeinen beschränkten räumlichen Verhältnisse komme eine Ansammlung der Spülflüssigkeit hinter dem Apparate in dem Scheidengrunde kaum in Frage.

3) Herr Steffeck demonstriert fünf Präparate von Extra-uterin-Schwangerschaft, die er in den letzten 3 Monaten operiert hat.

Vier der Fälle sind tubare Aborte mit recht verschiedenem Verlaufe.

In zweien dieser Fälle, die von anderer Seite fälschlich wegen »Exsudat« behandelt waren, zogen sich die inneren Blutungen über drei resp. vier Monate hinaus hin. Bei der Operation fand sich in dem einen Falle ein großer, bis zum Nabel reichender retro-uteriner Hämatokelensack; in dem anderen ein oberhalb des kleinen Beckens liegender Tumor, der aus älteren und frischeren Blutgerinnseln bestand, mit dem dreimonatlichen Fötus darin. Die dazu gehörige Tube war nicht geplatzt. — Es sind diese beiden Fälle Beispiele für schleichende, langdauernde Blutungen, die sicherlich oft genug verkannt werden.

Der dritte Fall ist ein Beispiel für eine akute profuse Bauchblutung bei tubarem Abort, nach sechswöchentlicher Amenorrhoe. Es fand sich ein bis zum Nabel reichender praller Tumor, der den Douglas stark vorwölbte. Die vaginale Operation versagte insofern, als die schwangere Tube, beim Versuche sie herauszuziehen, durchriß und der zurückbleibende Teil per laparotomiam entfernt werden mußte.

Der vierte Fall endete nach fünfwöchentlichem Krankenlager mit einer abgesackten, rechts neben dem Uterus gelegenen Hämatokele. Der ganze Hämatokelensack mit Tube ließ sich bequem in toto entfernen.

Der fünfte Fall ist einer der seltenen Fälle von interstitieller Schwangerschaft. Die Pat. erkrankte nach 6wöchentlicher Amenorrhoe unter äußerst starken Schmerzen und unter den Symptomen einer inneren Blutung. Im Douglas kein eigentlicher Tumor, nur eine unter dem Finger knisternde Resistenz. Der Uterus, dem zweiten Monate entsprechend, hat oben rechts eine weiche, bucklige Hervorwölbung. Bei der Laparotomie fand sich freies Blut in der Bauchhöhle und der Darm fest adhärent der Hinterfläche des Uterus. Beim Ablösen des Darmes heftige Blutung aus dem rupturierten Uterusfundus. Supravaginale Amputation des Uterus. — In dem Präparate findet sich oben rechts in der Muskulatur des Uterus die Eihöhle mit dem zweimonatlichen Fötus darin. Die Tube ist vollkommen intakt. — Auch dieser Fall, wie die anderen, glatt genesen.

Diskussion:

Herr Olshausen ist der Ansicht, daß peritubare Hämatome nur bei langsam entstehender und mäßiger Blutung sich bilden können, wo das Blut Zeit hat zu gerinnen. — Der Abgang der Decidua ist kein sicheres Zeichen für den Tod der Frucht, so wenig wie die noch fortdauernde Vergrößerung des Tumors ein sicheres

Zeichen für das Leben des Eies ist. Es erfolgen auch nach dem Absterben der Frucht oft noch Blutungen, die zur Operation drängen können.

Herr Czempin vermißt in den Beobachtungen des Herrn Steffeck die Angabe, ob und wann eine Decidua in diesen Fällen aus dem Uterus ausgestoßen wurde. Er legt auf diese Beobachtungen besonderen Wert deshalb, um einen sicheren Anhalt zu haben, ob der Abgang der Decidua in konstantem Zusammenhang mit dem Tode der Frucht steht. Da die Frage der Operation bei diagnostizierter Extra-uterin-Gravidität eine wesentlich andere ist, wenn die Schwangerschaft noch weiter entwicklungsfähig ist, als wenn der Fötus abgestorben ist, so sind alle hierfür sicher zu verwertenden diagnostischen Merkmale von größter Bedeutung. Bei noch entwicklungsfähiger Schwangerschaft werden wir kaum mit der Operation warten; — bei bereits abgestorbener Frucht drängt nichts zur sofortigen Operation. Wir werden mit Ruhe beobachten, ob weitere innere Blutungen eintreten, welche eine Operation notwendig machen.

Nach C.'s Beobachtungen ist der Abgang der Decidua ein zwar nicht absolut sicheres, aber doch sehr in Betracht zu ziehendes Argument für den Fruchttod. Ausnahmen kommen vor, sie stellen sich nach C. wie 1:3.

Herr Opitz weist darauf hin, daß wohl eher die häufig vorhandenen Adhäsionen, welche im Becken abgekapselte Räume schaffen oder die Organe fixieren, der Ansammlung des Blutes ihren Platz anweisen, als der wechselnde Füllungszustand des Darmes.

Mit dem vaginalen Wege hat er dieselben ungünstigen Erfahrungen wie Herr Steffeck gemacht und empfiehlt deshalb, insbesondere bei akuten Blutungen, bei denen es auf die Schnelligkeit der Blutstillung ankommt, den Weg von den Bauchdecken aus.

Herr Gottschalk hat wiederholt den Abgang einer Decidua bei der Extrauterin-Gravidität vermißt trotz genauester klinischer Beobachtung. Der Abgang der Decidua beweist aber keineswegs den Fruchttod, sondern sei nur der sichtbare Ausdruck einer Schwangerschaftsstörung; diese könne sich beispielsweise aber auch darin bekunden, daß die aus der Tube ausgetretene Frucht, falls die Placenta genügend haften bleibt, in der freien Bauchhöhle fortlebe.

Die Hauptursache für die Haematocele peritubaria lateralis sieht G. in einer sofortigen Gerinnung des aus der Tube ausfließenden Blutes im Moment, wo es das Ostium abdominale verläßt. Daneben mögen ja auch präexistierende Adhäsionen im einzelnen Falle ursächlich von Bedeutung sein. Ströme das Blut reichlich und nicht sofort gerinnend in die Bauchhöhle aus, so sammele es sich an der tiefsten Stelle, es bilde sich die Haematocele retro-uterina.

II. Herr Behm: »Über Hyperemesis gravidarum« mit Aufstellung einer neuen Intoxikationstheorie vom Wesen der Krankheit.

(Ausführliche Veröffentlichung im Archiv für Gynäkologie)

B. hatte einen schweren Fall von »Pyämie im Kindbett« mit rektalen Eingießungen lauwarmer, physiologischer (0,6%iger) Kochsalzlösung in der 6. Krankheitswoche verhältnismäßig schnell trotz bereits bestehender Metastasen zur Heilung gebracht. Dabei hatte er die Tatsache konstatiert, daß wenn nach einem ausleerenden Klystier 4—5 Liter Kochsalzlösung pro Tag dauernd zur Aufnahme gebracht wurden, die Pat. 3—4 Liter Urin ließ und außerdem die Schweißsekretion stark angeregt wurde; ferner ließ der quälende Durst schnell nach, die Kopfschmerzen verschwanden, die Qualität des Pulses wurde wesentlich gebessert, die Pulswelle wurde voller und weicher und die Frequenz ging von 120 auf 80—90 in der Minute herab, die beunruhigenden Schüttelfröste hörten auf, und trotz der bereits entstandenen metastatischen Entzündungen an Brustfell, Lungen und einigen Gelenken kehrte doch die Temperatur bei elftägiger Behandlung völlig zur Norm zurück. — Durch die starke Anregung der exkretorischen Organe: »des Darmes, der Nieren und der Schweißdrüsen« wurden die Krankheitsgifte aus dem Körper ausgeschieden, das Blut von den schädlichen Stoffwechselprodukten der Bazillen, den Toxinen, gewissermaßen ausgewaschen.

Bald darauf kamen zwei schwere Fälle von »Hyperemesis gravidarum« in Behandlung. Beide Iparae, im 4. resp. 3. Monat gravidae, brachen bis 20mal in 24 Stunden unabhängig von Speisenaufnahme, auch des Nachts. Die Gewichtsabnahme betrug bei der einen 25 Pfund in 5 Wochen, bei der anderen 10 Pfund in 3 Wochen. Im übrigen ließen sich keine krankhaften Organveränderungen nachweisen, ebensowenig bestand Hysterie. Der quälende Durst, der leicht wechselnde, hohe Puls (100—120 in der Minute) und die starke Abnahme der Kräfte boten bei beiden Fällen viel Ähnlichkeit mit dem Krankheitsbilde von Pyämie, wenn auch kein Fieber bestand, und veranlaßten B., auch hier die rektalen Kochsalzeingießungen zu versuchen, umsomehr als die sonst üblichen Mittel, auch Suggestion, im Stiche gelassen hatten. Bei dem ersten schweren Falle war mit Rücksicht auf den schlechten Puls (120 in der Minute) und der starken Gewichtsabnahme (25 Pfund in 5 Wochen) von Seiten eines anderen bekannten Frauenarztes bereits die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft als einzige Rettung der Mutter vorgeschlagen.

Mit Beginn der Kochsalzeingießungen änderte sich auch hier das Krankheitsbild mit einem Schlage. Das Erbrechen hörte in dem schwereren Falle sofort, in dem anderen nach einigen Tagen auf. Charakteristisch war, daß mit Aussetzung der Kochsalzeingießungen in der ersten Zeit sich sofort wieder Übelkeiten und Schleimerbrechen einstellten, die dann mit neuen Eingießungen ebenso prompt wieder verschwanden. B. kam daher zu der Überzeugung, daß es sich hier wirklich um einen therapeutischen Effekt durch die Kochsalzeingießungen als solche und nicht um Suggestion handele, umsomehr als andere suggestiv angewandte Mittel nichts geholfen hatten. Definitiv ließen die Übelkeiten auch ohne Eingießungen erst am Ende des 5. Schwangerschaftsmonates nach.

Es wurden dann noch 4 leichtere Fälle von Hyperemesis gravidarum (3 Erst-, 1 Mehrgebärende) mit sonst vollkommen gesunden Organen und ohne Erscheinungen von Hysterie, im 2.—4. Schwangerschaftsmonate behandelt; nur eine anämische Primipara hatte noch ein Ulcus rotundum ventriculi, welches etwas länger Beschwerden machte und selbstverständlich einer besonderen Behandlung bedurfte. Im übrigen beseitigten die Kochsalzeingießungen auch bei diesen Fällen die Übelkeiten und das Erbrechen sofort, und nach ca. 14tägiger Anwendung von 2—3 Eingießungen à 1 Liter pro Tag konnten die Bleibeklystiere ohne Auftreten neuer Beschwerden vollkommen ausgesetzt werden, nur wurden noch, wie auch bei den beiden schweren Fällen, dann und wann ausleerende Klystiere des Morgens gegeben.

Wie sind nun die prompten Wirkungen der rektalen Kochsalzeingießungen zu erklären?

Hysterie und Reflexneurosen glaubt B. als Ursachen der Hyperemesis ausschließen zu können (er erkennt sie nur als auslösende oder verschlimmernde Ursachen an), weil seine Fälle keine Anhaltspunkte dafür boten und auch die prompte Wirkung der Kochsalzinfusionen sich bei Neurosen nicht ohne weiteres erklären ließe, zumal auch Suggestion nach seiner Meinung ausgeschlossen war. Dagegen würden die Fälle, wenn man an die Wirkung der Infusionen bei dem Falle von Pyämie denkt, leicht durch Annahme einer Intoxikation ihre Erklärung finden, und zwar einer Intoxikation von der Eiperipherie ausgehend, weil einerseits mit Entleerung des Uterus das Erbrechen in der Regel sofort aufhört und andererseits die harnfähigen Stoffe des Fötus aus dem Grunde nicht gut die Ursache abgeben können, weil das Erbrechen schon oft in den ersten Tagen und Wochen der Schwangerschaft beginnt, also zu einer Zeit, wo diese Stoffe noch keine Rolle spielen. Im Gegenteil, mit zunehmendem Wachstum der Frucht und damit einhergehender vermehrter Harnstoffausscheidung hört das Erbrechen in der Regel (etwa um die Hälfte der Schwangerschaft) von selber auf.

B. erinnert daher an die andere, in neuerer Zeit hauptsächlich von C. Ruge, R. Meyer, Gottschalk, Veit und Poten festgestellte Tatsache, daß häufig, fast physiologisch regelmäßig Zottenteile, besonders Syncytiummassen im Blute der Schwangeren vorkommen, welche zu einer Intoxikation führen können.

Da diese Massen ebenfalls bereits in den ersten Tagen der Schwangerschaft im Blute gefunden werden, erklärt sich auch das frühe, ebenfalls fast mit physiologischer Regelmäßigkeit auftretende einfache Erbrechen der Schwangeren, die Emesis gravidarum, hiermit leicht. Es wird dann aus dem normalen Einbettungsvorgange, der Einansiedlung und der Entwicklung der Placenta mit dem Zugrundegehen der Zotten an der übrigen Eiperipherie das Auftreten der Hyperemesis erklärt. Mit der vollständigen Ausbildung der Placenta und der völligen Atrophie der übrigen Zotten (also wieder ungefähr mit der Hälfte der Schwangerschaft) pflegt dann auch häufig als physiologisches Ereignis das übermäßige Erbrechen von selber aufzuhören. Auch die inzwischen durch die syncytiale Intoxikation hervorgerufene Immunität dürfte hier eine Rolle spielen.

Diese Fälle von Hyperemesis, bei denen sonst keine krankhaften Organveränderungen oder Hysterie gefunden werden, bilden die idiopathische Form der Krankheit, während alle anderen hiervon abweichenden Fälle noch andere auslösende resp. accidentell-verschlimmernde Ursachen haben.

Diese abweichenden Fälle werden in der Hauptsache durch drei Arten charakterisiert:

1) Solche Fälle, bei denen das Erbrechen erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft anfängt,

2) Fälle, bei denen trotz der Unterbrechung der Schwangerschaft weiter gebrochen wird,

3) diejenigen Fälle, bei denen wohl das Erbrechen nach der Entleerung des Uterus aufhört, aber die Pat. dennoch zugrunde gehen.

Die auslösenden resp. accidentell-ätiologischen Momente, welche vorstehende drei Arten erklären, faßt Vortr. in fünf Gruppen zusammen, die in der ausführlichen Veröffentlichung näher einzusehen sind.

Er kommt dann zu folgender Definition der Hyperemesis: »Die Hyperemesis gravidarum ist eine Intoxikation des Blutes der Schwangeren von der Eiperipherie ausgehend, höchstwahrscheinlich syncytialer Natur.« Dazu kommen als auslösende, verschlimmernde Momente, die sonst als Ätiologie der Hyperemesis angeführten Erkrankungen häufig hinzu. Auch die in der Schwangerschaft erhöhte Irritabilität des Nervensystems, welche für Ahlfeld u. a. die Grundlage zu der Erklärung der Hyperemesis als Reflexneurose abgibt, findet durch eine Intoxikation und dadurch bedingte Schädigung des Nervensystems ihre beste Erklärung.

Vortr. geht dann noch zum Schluß auf die Behandlung der Hyperemesis gravidarum und die Technik der rektalen Kochsalzinfusionen ein, welche hier mitzuteilen zu weit führen würde und besser in der ausführlichen Arbeit nachzulesen sind.

Die Diskussion wird vertagt.

Neueste Literatur.

4) Deutsche Dissertationen. München 1902.

1) Wilhelm Dentler. Über kongenitale Tumoren der Schilddrüse nebst einem neuen Falle (Cysto-Adeno-Chondro-Sarkom).

Bei einem 8monatlichen, 42 cm langen, sonst regulär gebauten Kinde von auswärts fand sich eine etwa kindskopfgroße Geschwulst, die die ganze vordere Fläche des Halses vom Kinn bis zum Jugulum einnahm. Der Tumor ist prall, mit ausgesprochener Fluktuation. Die Circumferenz des Halses über dem Tumor beträgt 38 cm. Die mikroskopische Untersuchung ergab die schon im Titel angeführte Diagnose. Das Kind stammt aus einer gesunden Familie, in der keine Struma vorkommt. Drei Geschwister von ihm regulär gebildet. Bei der Geburt stellte sich heraus, daß eine enorme Menge Fruchtwasser vorhanden war (circa

10 Liter). Das Kind stellte sich in Steißlage zur Geburt, und ging dieselbe bis zur Geburt des Kopfes leicht von statten, dann Verzögerung. Erst nach geraumer Zeit gelang die Entbindung vollständig »unter Aufwand großer Mühe«. Das Kind lebte bis zur Geburt.

Die verschiedenen Formen des Auftretens der kongenitalen Struma, ihre Ätiologie und ihre Konsequenzen für den Träger werden ebenfalls besprochen.

2) Albert Hasselwander. Untersuchungen über die Ossifikation des menschlichen Fußskeletts.

Eine den Rahmen der sonstigen Dissertationen weit überschreitende Arbeit, was sich schon daraus erkennen läßt, daß den überaus fleißigen Untersuchungen eine Tafel mit fünf hübschen mikroskopischen Schnitten und 29 Textfiguren von Röntgenphotographien beigegeben sind. Die Arbeit ist schon anderweitig erschienen. Die Untersuchungsobjekte stammen von 301 Füßen (284 Individuen) der verschiedensten Lebensperioden vor und nach der Geburt. Jeder einzelne Knochenabschnitt ist für sich durchgenommen und sehr übersichtliche Tabellen beigefügt. Leider eignet sich die Arbeit nicht zu einem kurzen Referate.

3) Heinrich Henkel. Die Beckenendlagen der kgl. Universitäts-Frauenklinik München in den Jahren 1896—1900.

Eine ebenso fleißige als genaue Zusammenstellung der einschlägigen Verhältnisse, in der Verf. unter 6260 Fällen die 264 Beckenendlagen (4,21%) nach allen Richtungen und vor allem in Bezug auf vorangehende Statistiken durchnimmt. Es ist dabei wohl nichts vergessen. Ätiologie, Geburtsdauer, Schwangerschaftsmonate, Geburtsverlauf, Wochenbett, Geburtskomplikationen, alles ist gut berücksichtigt. Leider würde ein ausführliches Eingehen auf diese hübsche Arbeit den Rahmen eines kurzen Referates überschreiten, da es sich in vorliegendem Falle fast nur um Tabellen handelt, so daß ich Interessenten auf das Original verweisen muß.

4) Fritz Dieterlen. Über kongenitale Ektropien und Erosionen am Muttermunde.

Nach Anführen der Ansichten verschiedener Autoren über diesen Punkt beschreibt D. vier einschlägige Fälle genauer mikroskopisch und kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen. Das kongenitale Ektropion und die kongenitale Erosion sind ätiologisch und histologisch von den gleichbenannten Gebilden des Erwachsenen zu trennen. Das kongenitale Ektropion beruht auf einer Hemmungsbildung. Die kongenitale Erosion ist ebenfalls ein Entwicklungsvorgang, hier hat sich das ursprünglich vorhandene Cylinderepithel noch nicht in das spätere Plattenepithel umgewandelt. Ausnahmsweise können entzündliche Vorgänge bei der Entstehung der kongenitalen Erosion eine Rolle spielen. Nach Verf. kommen kongenitale Erosionen bei 10% aller Neugeborenen vor.

5) Otto Stanze. Ein Fall von Epignathus und polypenförmigem Fibrolipoma myxomatodes congenitale der rechten Nasenhöhle.

Beschreibung eines Präparates aus dem pathologischen Institute in München. Sonst normal entwickelter, ausgetragener Kindskopf, aus dessen Mund, von der Schädelbasis ausgehend, eine etwa kindsfaustgroße, knollige Geschwulst mit fingerdickem Stiele herausragt. An der Geschwulst lassen sich Andeutungen von Behaarung, Mund- und Augenhöhle erkennen, was durch die mikroskopische Untersuchung auch voll und ganz bestätigt wird. Aus der rechten Nasenhöhle ragt an einem runden, derben Stiele, der am Boden und unteren Teile des Septums der rechten Nasenhöhle inseriert, ein etwa walnußgroßer, knolliger Tumor von fleischiger Konsistenz. Die mikroskopische Untersuchung ergibt die Diagnose Fibrolipoma myxomatodes. Ein Zusammenhang zwischen dem Nasentumor und dem Epignathus besteht nicht. Eine sehr deutliche Abbildung des Präparates ist beigegeben.

6) Friedrich Schmid. Über Gonokokkenfärbung mit spezieller Berücksichtigung der klinischen Praxis.

S. hat im Laboratorium der neuen Hebammenschule zu München sämtliche bekannten und unbekannten Methoden der Gonokokkenfärbung im Ausstrich-

präparate auf ihren Wert für den praktischen Arzt geprüft und kommt zu dem Schlusse, daß am empfehlenswertesten sind: das Löffler'sche Methylenblau, noch mehr die $^1/_{10}$%ige wässrige Fuchsinlösung und vor allem 1%ige wässrige Neutralrotlösung (Grübler oder Ehrlich), die in frisch gefertigter Lösung typische, sehr klare und deutliche Bilder in weniger als einer Minute liefern. Die Gonokokken heben sich sehr scharf von den übrigen Bakterien ab. Verf. empfiehlt, da sich die Neutralrotlösung nicht sehr lange frisch erhält, sich selbst stets frische Neutralrotlösung zu verfertigen, indem man sich die Farbe in Substanz, abgeteilt in Pulver à 0,5—1 g, hält und zum Gebrauche ein Pulver in 100 g kalten Wassers löst, event. filtriert und sofort färbt. Diese Lösung hält sich mehrere Monate lang.

7) Fritz Weidner. 30 Nierenexstirpationen während der letzten 10 Jahre in der Münchener chirurgischen Klinik.

Nach einem geschichtlichen Überblicke über die Nierenchirurgie und die diagnostischen Hilfsmittel bei Nierenerkrankungen schildert W. ziemlich genau die Krankheitsgeschichten und Operationen der 30 Fälle. Dieselben wurden aus folgenden Indikationen vorgenommen: wegen Hydronephrose 4mal, Pyonephrose 5mal, Tuberkulose 6mal, Nephrolithiasis 2mal, Wanderniere 2mal, subkutaner Verletzung einer Niere 4mal, maligner Tumoren 7mal, und zwar mit einer Gesamtmortalität von 18,518%. Mit Recht hebt Verf. hervor, daß die Diagnose der Nierenerkrankungen erst mit dem Ausbau der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus sichere Resultate ergeben hat. Diese Untersuchungsmethode wird in der hiesigen chirurgischen Klinik in allen einschlägigen Fällen angewandt. Was die Operationsmethode anlangt, so wurde in den meisten Fällen der Bergmann'sche und Simon'sche Schnitt gewählt. Bei bestehenden Fisteln wurde über diesen eingegangen, einmal der Bardenheuer'sche Schnitt gemacht, einmal der von König und einmal die Laparotomie. **G. Wiener** (München, Bad Kohlgrub).

9) Neubauer. ie Blutungen bei Placenta praevia. Straßburg 1902

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Bayer'schen Theorien über Placenta praevia an einer größeren Anzahl von Fällen der Straßburger Frauenklinik nachzuprüfen. Bayer teilt bekanntlich die Placenta praevia-Fälle ein in solche mit Entfaltung des supravaginalen Teiles und solche mit Intaktbleiben der Cervix. Charakteristisch sind für erstere die Blutungen vor Eintritt der Geburt und die Veränderungen an der Placenta (Placenta marginalis und Placenta succenturiata, Bildung eines atrophischen Lappens), für letztere Fehlen jeder uterinen Blutung in der Schwangerschaft und Placenta centralis. Durch die Arbeit wird diese Anschauung nicht bestätigt.

8) Lehmann. Über die Blutmenge der Placenta. Straßburg 1902.

Nach Chevalier beträgt die Blutmenge in der Placenta nach Aufhören der Nabelschnurpulsation 48,16 g bei einem Durchschnittsgewicht der Placenta von 500 g, nach Zweifel und Meyer bei sofortiger Abnabelung durchschnittlich 158 g. Die Verschiedenheit dieser Untersuchungsresultate hat den Verf. zu einer Nachprüfung veranlaßt. Er findet die Blutmenge einer Placenta von 500 g bei Frühabnabelung 139,60 g, bei Spätabnabelung 114,30 g. Eine Beziehung zwischen dem Gewichte der Placenta und ihrer Blutmenge, so daß bei großem Gewichte relativ wenig Blut vorhanden wäre und umgekehrt, läßt sich nicht feststellen.

10) Bauereisen. Die Nabelschnurrestbehandlung des Neugeborenen. Erlangen 1902.

Verf. empfiehlt die Erlanger Behandlungsart als die geeignetste Methode der Nabelschnurrestbehandlung des Neugeborenen. Mit derselben wurden 94% Heilungen erzielt gegenüber 83% bei der Pinard-Martin'schen Seidenunterbindungsmethode. Beide Methoden wurden in je 100 Fällen erprobt. Die Erlanger Behandlungsart gestaltet sich folgendermaßen: Nach der gewöhnlichen Abnabelung des Kindes wird mit einem ausgekochten, in Lysol aufbewahrten Bändchen möglichst kurz, nie über 1 cm, die Nabelschnur abgebunden und ca. $^1/_2$ cm oberhalb der Ligatur mit steriler Schere durchschnitten. Dann wird der Stumpf mit ge-

wöhnlicher Wundwatte bedeckt. Jeden Tag wird das Kind gebadet und die Watte erneuert. Sorgfältige Abtrocknung der Nabelgegend nach dem Bade.

11) Lichtenberg. Über die Beweglichkeit des Beckens von Neugeborenen. Straßburg 1902.

An frischtoten reifen Kindern wurden nach sorgfältiger Freipräparierung der inneren Muskeln des Beckeneinganges exakte Beckenmessungen in verschiedenen Lagen des Kindes vorgenommen, und zwar in Rückenlage, Walcher'scher Hängelage und in Sitzlage. Die beigegebenen Figuren zeigen das Becken des Neugeborenen derart veränderlich, daß die Beckenneigung bei Rückenlage eine rundliche, bei Walcher'scher Hängelage eine längsovale und beim Sitzen eine querovale Gestalt annimmt. Beim Knabenbecken sind diese Veränderungen größer als beim Mädchenbecken.

12) Silbermann. Die Einleitung der Frühgeburt mittels Hystereuryse. Breslau 1902.

Ein etwa kugelförmiger Hystereurynter wird möglichst luftleer in den Uterus gebracht, mit 300—500 g sterilen Wassers aufgespritzt und der Kautschukschlauch mit einer Klemme verschlossen. Das Ende desselben wird über eine an der Fußwand des Bettes angebrachte Rolle geführt und ein Gewicht von etwa 500 g daran befestigt (bei Placenta praevia etwa 1000 g).

In 47 Fällen Morbidität und Mortalität der Mütter von 0%; 71,7% lebend geborene Kinder.

Im Durchschnitte erfolgte der Eintritt der Wehen in 2 Stunden 5 Minuten; kürzester Termin waren 5 Minuten, längster $9^1/_2$ Stunden.

Die Mortalität der Frühgeburtskinder im ersten Lebensjahre betrug 28,5%.

13) M. Schmidt. Über Nabelschnurvorfall (205 in der Poliklinik beobachtete Fälle). Breslau 1902.

Die Arbeit enthält nichts Neues. Bei gesprungener Blase und noch nicht genügend erweitertem Muttermunde wird nach Reposition der Nabelschnur auch die Hystereuryse empfohlen.

14) Shigaji Higuchi. Über die Verdoppelung des Uterovaginalkanales. Rostock 1902.

Zusammenstellung von 156 Fällen; Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett, ferner Erkrankungen nebst Therapie finden eine besondere Besprechung.

15) Jean Olivier. Beitrag zum Studium der Autointoxikationen der Schwangerschaft. Genf 1901.

Die Eklampsie ist das schwerste unter den verschiedenen Symptomen der durch die Schwangerschaft bedingten Autointoxikation des mütterlichen Organismus, welche durch eine mangelhafte Ausscheidungsfähigkeit von Leber und Nieren hervorgerufen wird. Wenn es daher möglich wäre, durch eine Prüfung dieser Organe auf ihre Durchgängigkeit frühzeitig sichere Schlüsse auf den Eintritt ernster Störungen zu ziehen, so könnte man durch eine entsprechende Therapie vorbeugen. In Anlehnung an die bekannte Beobachtung, daß in Fällen von Nierenerkrankung die Ausscheidung von bestimmten Arzneimitteln, z. B. von Jod, eine verzögerte ist, hatten Achard und Castaigne bei Nierenkranken Versuche mit Methylenblau, später auch mit Rosanilin, welches durch intramuskuläre Injektion dem Organismus einverleibt wurde, angestellt; diesen schlossen sich die gleichen an Schwangeren und Kreißenden an, von denen besonders die von Van de Velde 1899 ausgeführten Versuche hervorgehoben werden müssen. De Resultate waren aber keine übereinstimmenden.

Verf. hat eine Nachprüfung an 19 Fällen vorgenommen, an gesunden und nierenkranken Schwangeren und Wöchnerinnen, an Schwangeren mit unstillbarem Erbrechen, in vier Fällen von Eklampsie. Nach Injektion einer sterilisierten wässrigen Lösung von Methylenblau wurde in bestimmten Zeitabschnitten der Urin entleert und durch einen Kontrollurin der Grad der Intensität der Färbung bestimmt.

Ein brauchbares Resultat wurde nicht erzielt. Seine Versuche ergaben, daß die schwersten Erscheinungen eintreten können bei ganz normaler Durchgängigkeit

der Nieren, und daß andererseits bei Insuffizienz die Schwangerschaft ohne Störung verlaufen kann. **Jahreiss** (Augsburg).

16) Beckmann. Die Abhängigkeit der Lage- und Haltungsanomalien der Frucht von der Jahreszeit. Halle 1901.

Auf Grund einer statistischen Zusammenstellung der in den Jahren 1886—1895 in der Hallenser Frauenklinik zur Beobachtung gekommenen Geburten kommt der Verf. zu dem Resultate, »daß ein Zusammenhang zwischen Jahreszeit und Lageanomalie nicht besteht, weder zwischen dem Vorkommen überhaupt, noch in Bezug auf die Art der Lageanomalien«.

17) Feldmaier. Ein Beitrag zur Lehre vom Hermaphroditismus. Tübingen 1901.

Mit einer Besprechung der Einteilung des Hermaphroditismus teilt Verf. aus der Tübinger Klinik einen Fall von Hermaphroditismus masculinus externus mit. In der Literatur fand der Verf. 32 entsprechende Fälle, von denen 14 anatomisch untersucht worden waren; die letzteren werden im Auszuge mitgeteilt. Was die Diagnose angeht, so wird dieselbe oft erst dann gestellt, wenn der verspätete Descensus testiculorum Schmerzen verursacht. Therapeutisch ist die Kastration vollkommen gerechtfertigt.

Der Pseudohermaphroditismus femininus ist noch viel seltener. Der Verf. konnte nur zwei sicher festgestellte Fälle in der Literatur finden.

18) Closs. 38 Fälle von Placenta praevia. Tübingen 1901.

Bericht über die in den letzten 6 Jahren in der Tübinger Frauenklinik zur Beobachtung gelangten Fälle von Placenta praevia. Die Erkrankung betraf fast ausschließlich Mehrgebärende (1 : 18). Bei einer großen Zahl der Frauen konnten als Ursache Anzeichen alter Endometritis festgestellt werden. Die von Säxinger ausgeübte Therapie der heißen Duschen hatte schlechte Erfolge. Döderlein führte die Jodoformgazetamponade der Scheide bis zur Möglichkeit der kombinierten Wendung ein und erzielte damit gute Resultate: 26 Fälle mit 0% Mortalität gegen 12 Fälle mit 2%. Von den Kindern waren nur 28,9% ausgetragen; von diesen 11 starben 3 intra partum.

Eine am Schlusse wiedergegebene statistische Tabelle zeigt die Vorzüge der oben angeführten Therapie. **Engelmann jun.** (Hamburg-Eppendorf).

---

5) Dissertationen von Montpellier.

1) Théodore Guirauden. Über die fötale Fäulnis im Uterus.

Die Ursache dieser Erscheinung sucht Verf. in dem Eindringen von aëroben und anaëroben Saprophyten in das Kind, welcher Vorgang sich entweder durch die zerrissenen Eihäute oder auf dem Placentarwege entwickelt. Jede Frau, welche eine genitale Infektion, besonders eine Endometritis hat, ist zu derartigen Erscheinungen geneigt, die sich wiederholen, wenn bei einer neuen Schwangerschaft das erste Übel noch nicht ausgeheilt ist. Die Prognose ist stets eine ernste, jedenfalls soll bei gestellter Diagnose der Uterus sofort entleert, das Cavum uteri energisch desinfiziert und auf das Allgemeinbefinden eingewirkt werden. Obwohl der Uterus sich nach der Ausstoßung solcher Früchte schlecht zusammenzieht, gibt es doch selten große Blutungen, was Verf. dem Umstande zuschreibt, daß das Gewebe in der Uteruswunde abstirbt. Bei sorgfältiger Behandlung kommen wenig Todesfälle vor.

2) Fernand Calliau. Der Einfluß des Diabetes mellitus auf den Genitalapparat der Frau.

Verf. schildert an 58 gesammelten Fällen das Zusammentreffen von Zuckerkrankheit mit Genitalveränderungen. Als Hauptsymptom wird der Pruritus vulvae genannt, welcher in seinen Folgen bis zu Ekzemen und Phlegmonen sich steigern kann. Man soll bei allen kranken Frauen den Urin sorgfältig untersuchen, denn es findet sich häufig Zucker ohne Polyurie. Je mehr die Frau im Geschlechtsleben steht, desto gefährlicher ist die Erkrankung. Atrophie des Uterus und der

Ovarien, bedingt durch die leichte Gefäßsklerose, kommt häufig vor, hauptsächlich aber Störungen in der Menstruation.

Bei Zusammentreffen von Fibromyomen des Uterus und Diabetes hat Verf. nach Operation der ersteren ein Ausheilen der Stoffwechselerkrankung gesehen, doch ratet er nur zur Operation, wenn der Tumor durch die von ihm verursachten Blutungen das Leben der Frau gefährdet, andernfalls will er nur eine energische antidiabetische Behandlung gemacht haben.

3) M. Pozzo di Borgo Molinier. Beitrag zur Behandlung der Eklampsie.

Verf. führt die Eklampsie auf eine Lebererkrankung zurück. Er teilt sie in drei Perioden ein: 1) die voreklamptische Periode, 2) die Krämpfe, 3) das Koma. In der ersten empfiehlt er Milch und Entleerung des Darmes, event. Desinfektion desselben mit Wismut etc., jedoch widerrät er Jodoform und Salicyl wegen ihrer Wirkung auf die Nieren. In der zweiten zu den Darmausspülungen, auch solche des Magens, Schröpfköpfe, Aderlaß, subkutane Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung, Chloroforminhalationen und Chloral per rectum. Entbunden soll so rasch wie möglich werden. Ist der Muttermund noch nicht weit genug, so soll man ihn manuell dehnen. Alle anderen Methoden verwirft Verf. wegen zu großer Gefahr für Mutter und Kind und will sie nur in äußersten Ausnahmefällen gelten lassen.

4) Antoine de Taillas. Die Papillome der Blase und ihre Behandlung nach Nitze.

Bei Blutharnen soll durch die Cystoskopie festgestellt werden, ob die Blutungen aus den Nieren oder der Blase stammen. In letzterem Falle handelt es sich meistens um Papillome, die einzeln oder in größeren Massen vorhanden sind. Obgleich Verf. sie im allgemeinen für gutartig hält, rät er doch zur sofortigen Operation, und zwar nach der Methode von Nitze, wenn es sich um ängstliche Kranke handelt, um solche mit starkem Fettpolster, um solche mit schlechtem Herz und bei allen Papillomen, die einfach entwickelt und gut gestielt sind. In allen anderen Fällen ist Sectio alta vorzuziehen.

5) A. Bousquet. Schwangerschaft und Entbindung bei Uterus didelphis.

Verf. sammelt aus der Literatur 40 derartige Fälle, denen er einen selbstbeobachteten anfügt. Es handelt sich dabei um eine 30jährige Ipara, seit 2 Jahren verheiratet, am Ende der normalen Gravidität, mit Schwangerschaft im rechten Uterus und doppelter Vagina. I. Schädellage. Eklampsie. Forceps. Normales Wochenbett. Die übrigen Ausführungen bieten nichts Neues.

6) D. Quiot. Fötale Inklusionen in der Regio sacro-coccigea.

Die oben genannten Mißbildungen können irgend welche Teile eines Fötus einschließen, und zwar in allen Entwicklungsgraden, von wohlausgebildeten Organen an bis zum einfachen fötalen Gewebe. Während die ersteren leicht zu erkennen sind, werden die letzteren oft mit Tumoren verwechselt, so daß in manchen Fällen nur der mikroskopische Befund entscheiden kann. Über die Entstehung dieser Erscheinung weiß man so gut wie nichts; nur das steht fest, daß es sich um Doppelmißbildungen handelt, die höchstwahrscheinlich dadurch entstehen, daß der Parasit in frühester Entwicklung an den Parasitenträger angepreßt und von dessen Häuten dicht umschlossen wird. Durch Geburtsstörungen vermögen diese Einschließungen dem Parasitenträger leicht gefährlich zu werden. Verf. rät zur operativen Abtragung.

7) Léon Hitte. Über angeborenes Sumpffieber.

Eine interessante Arbeit über das Vorkommen der Malaria beim Neugeborenen, bei welchem Ansteckung von der erkrankten Mutter aus durch die Placenta erfolgt. H. illustriert durch 19 Fälle aus der Literatur und zwei selbstbeobachtete in detaillierter Ausführung alle vorkommenden Erscheinungen. Die Prognose ist für die Kinder nicht vollständig infaust, denn es werden durch Chinin (0,4 pro die ad maximum) viele gerettet, obgleich im allgemeinen die Wirkung des Chinins

auf die Kinder geringer ist als auf den Erwachsenen. Unterstützt kann die Therapie werden durch Salzbäder und viel frische Luft.

8) E. Montamat. Die Gärtner'schen Cysten des Uterushalses.

Verf. beschreibt einige interessante, hierhergehörige Fälle und kommt zu dem Schlusse, daß die verhältnismäßige Seltenheit der Gärtner'schen Cysten des Mutterhalses der Dichtigkeit des muskulösen Gewebes der Cervix zuzuschreiben ist. Die Cysten sitzen hauptsächlich an der seitlichen Partie der vorderen Lippe und sind gewöhnlich von geringer Größe. Sie haben ein cylindrisches Epithel mit oder ohne Flimmersaum. Die Entstehung der Cysten schreibt M. einer starken Proliferation des Epithels des Gärtner'schen Kanales zu. Die cylindrischen Zellen werden dann sezernierende Schleimzellen. Therapeutisch wirkt nur die vollständige Abtragung, denn diese Cysten degenerieren leicht malign.

9) Frl. Soukostavska. Uterinblutungen bei Unterleibstyphus.

Bei Unterleibstyphus tritt häufig im Verlaufe der Krankheit Uterusblutung ein, welche sich jedoch nur bei Frauen und Mädchen im geschlechtsreifen Alter zeigt, und zwar vorzugsweise bei Blutarmen und solchen, bei denen die Menses unregelmäßig sind. Die Erscheinung tritt fast nie bei Beginn des Typhus auf, sondern meistens am Höhepunkte desselben. Sie kann sich verschiedene Male wiederholen. Dauer 4—5 Tage ohne Schädigung des Allgemeinbefindens. Durch den Typhus kann bei jungen Mädchen an der Grenze der Menstruation dieselbe beschleunigt und bei Frauen kurz nach der Menopause ein Wiederauftreten der Blutungen herbeigeführt werden.

Als Ursache für diese Erscheinung nennt Verf. den durch die Krankheit bedingten vermehrten Blutandrang nach den Unterleibsorganen. Eine besondere Therapie ist nicht nötig, ja nicht einmal ein Aussetzen der Bäder. Event. kann Calciumchlorür gegeben werden, was dem Ergotin vorzuziehen ist.

10) Jacques Lelong. Der chirurgische Eingriff bei Hysterie.

Die vielumstrittene Frage, ob bei hysterischen Frauen die Kastration Heilungserfolge verspricht oder nicht, behandelt die vorliegende Arbeit an der Hand zahlreicher interessanter Fälle. Verf. will bei der Indikationsstellung zur Operation vor allem unterschieden haben, ob der Ursprung der Hysterie ein rein geistiger oder vom Genitalapparate ausgehender ist. Die Unterscheidung dieser beiden Formen findet man wohl zuerst in der Anamnese bei der ersteren Gruppe (hereditäre Belastung etc.), während die Erscheinungen bei der zweiten meistens entweder mit Eintritt der Menses oder Menopause, oder nach schweren Wochenbetten oder sonstigen krankhaften Veränderungen der Genitalien sich zeigen. In letzteren Fällen will L. gute Resultate nach der Operation gesehen haben. Interessant ist, daß auch einige Fälle citiert werden, bei denen durch operative Beseitigung pathologischer Veränderungen an anderen Körperregionen die Hysterie zur Ausheilung gelangt ist. Als Hauptstelle für solche Eingriffe wird der Blinddarm genannt. Die Operation soll nur dann statthaben, wenn alle anderen gebräuchlichen Mittel gegen Hysterie versagt haben.

11) Antoine Barbaroux. Nicht erkannte Schwangerschaften.

Die Arbeit behandelt das immerhin interessante Thema der nicht rechtzeitig oder bis zur Geburt nicht erkannten Schwangerschaften. Leider tut dies Verf. in einer dem deutschen Arzte wenig ansprechenden, phantastischen Weise, die so weit geht, daß er sogar Titel von Romanen (!) citiert. Als Ursachen dieser Fehldiagnosen bezeichnet er einerseits ungenügende Aufnahme der Anamnese, andererseits ungenaue Untersuchung. B. citiert eine große Reihe von Fällen, unter denen sich zwar viele interessante befinden, die jedoch mehr historisches Interesse haben, da sie größtenteils 50 und noch mehr Jahre zurückliegen.

12) Paul Volpelière. Die Gonorrhoe der Adnexe.

Verf. schildert die verheerenden Folgen der Gonorrhoe beim Weibe, ohne besonders Neues zu bringen. Er betont, daß eine Ansteckung durch den Coitus wohl manchmal fürs erste ausbleibt, die Infektion sich aber dann nach überstandenem Wochenbette erst zeigt. Auch die Menstruation beschleunige die Ansteckung.

Die Therapie hält sich mit geringen Abweichungen an die bei uns übliche. Er empfiehlt z. B. bei Gonorrhoe des Uterus sehr intensive Ausschabung und widerrät andererseits bei starken Schmerzen den Gebrauch des Opiums, für das er lieber Morphiuminjektionen haben will. Zu Ausspülungen empfiehlt er Lösung von übermangansaurem Kali, Protargollösung 2 : 1000 und Kreosot 1 : 3. Gute Erfolge sah er von den Fritsch'schen heißen Salzsitzbädern 40—45°, nach denen die Kranken, ohne abgetrocknet zu werden, mehrere Stunden in Wolldecken verpackt zu Bett liegen. Massage will er nur sehr vorsichtig und von erfahrenen Ärzten angewendet wissen, und auch dann nur, wenn keine Suppuration mehr vorhanden ist. Die Operationen seien möglichst konservativ zu halten, womöglich Inzision von der Vagina aus und Drainage.

13) Marcel Duponnois. Beitrag zum Studium der Portioamputation. Ein neues Nahtverfahren.

Die Arbeit schildert das von Dr. Lantard in Nizza angewandte Verfahren, das darin besteht, daß nach Fixierung und Abtragung der beiden Muttermundslippen eine mehrere Millimeter lange Manschette aus Vaginalschleimhaut gebildet wird. Dann trägt man mit der Schere die Cervicalschleimhaut möglichst weit nach oben ab und näht die Vaginalschleimhaut über den Cervicalstumpf. Das Verfahren dabei ist folgendes: Mit einem langen Fil de Florence wird von einer Kommissur zur anderen fortlaufend genäht, und zwar die vordere und hintere Lippe getrennt. Dann vereinigt man je die beiden Fadenenden der vorderen und hinteren Lippe in einer Nadel und sticht tief durch den Cervicalkanal in das korrespondierende Vaginalgewölbe aus. Dieser Vorgang wird beiderseits vorgenommen und die Fäden jeder Seite dann gleichzeitig vom Operateur und einem Assistenten fest geknüpft. Nach 8 Tagen werden die Nähte entfernt und soll das Resultat ein sehr gutes sein, wie der Verf. an 14 Fällen nachweist. Eine gute Illustration erklärt die Operationsmethode.

14) André Dufoix. Eingebildete Schwangerschaften.

Die Abhandlung ist eine interessante und durch reichhaltige Fälle illustrierte Studie über das Vorkommen eingebildeter Schwangerschaften. Verf. teilt den Anlaß dazu in subjektive und objektive Gründe ein. Subjektiv: Nervosität, Autosuggestion, Hysterie, Halluzinationen und geistige Störungen. Objektiv: Metritis, Hydrometritis, Ausbleiben der Menses, Gasansammlung in der Gebärmutterhöhle, Retroversion des Uterus, Polypen und Fibrome des Uterus. Gewöhnlich tritt die Erscheinung bei älteren Frauen und gegen die Zeit der Menopause auf, besonders dann, wenn Nachkommenschaft immer gewünscht wurde, aber noch nie eintrat. Bemerkenswert ist, daß bei vielen dieser Frauen eine beträchtliche Zunahme des Leibes stattfindet, ja Verf. hat sogar Kolostrum in den Brüsten beobachtet. Mit der inneren Untersuchung (event. in Narkose) in späteren Monaten fällt natürlich für den erfahrenen Arzt das Trugbild zusammen.

15) Étienne Aphentonlidès. Syphilome der Brust.

Das Gumma der Brust tritt in zwei Formen auf, einer begrenzten, tumorartigen und einer diffusen, welche das Bild einer Mastitis bietet. Die Diagnose ist nach Aufbrechen des Gumma durch ihre Ähnlichkeit mit dem Bilde des Karzinoms eine sehr schwierige, weshalb Verf. in zweifelhaften Fällen nicht zur sofortigen Operation, sondern erst zur Anwendung von Jodkali oder Quecksilberkur rät. Eine Verwechslung mit Tuberkulose kann ebenfalls statthaben, doch unterscheidet sich letztere von der Syphilis durch die Anamnese und das vorausgehende Erscheinen der Achseldrüsenentzündung.

16) Etienne Daphnis. Die Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen.

Diese Erscheinung ist entweder gonorrhoischen oder katarrhalischen oder traumatischen Ursprunges. Die am häufigsten vorkommende ist die erstere; doch resultiert dieselbe weniger direkt durch Infektion vom Manne aus, als indirekt durch die Ansteckung durch eine gonorrhoische Mutter oder Wärterin. Die Übertragung kann hier durch das Bett, die Badewanne, die Leinwand oder andere Gebrauchsgegenstände erfolgen.

Die katarrhalische Erkrankung wird gewöhnlich durch Autoinfektion (Masturbation), mangelnde Reinlichkeit etc. hervorgerufen.

Therapeutisch empfiehlt Verf. Vaginalspülungen mit 0,25—0,50 ‰iger übermangansaurer Kalilösung, die täglich ein- bis zweimal (je $1/2$—1 Liter) gebraucht und 14 Tage noch nach vollendeter Heilung fortgesetzt werden soll. Gegen eventuelle Ulcerationen empfiehlt D. Borvaseline. Hauptsächlich wird Bettruhe angeraten, da sonst leicht Komplikationen schlimmster Art entstehen können.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

Verschiedenes.

6) W. Karström. Fibromyxoma retroperitoneale. Laparotomie. Resektion von Dünndarm (2 m 20 cm). Exstirpation der Geschwulst.

(Hygiea F. II. 1902. April. [Schwedisch.])

31jährige Bauerntochter, vorher gesund, Menstruation vom 18. Jahre regelmäßig. Seit einem Jahre ist der Bauch allmählich größer geworden; keine Schmerzen, keine Störung der Verdauung. Pat. sonst gesund. Der Bauch ist ausgedehnt und gespannt, wird zum größten Teil von einer, von der Symphyse zum Thoraxrand reichenden, mehr nach links liegenden, sehr harten Geschwulst eingenommen. Diese ist etwas beweglich. Bauchumfang 81 cm, Uterus klein, beweglich, anteflektiert; scheint nicht im Zusammenhang mit dem Tumor zu stehen. Der aufgeblasene Dickdarm (Colon descendens) liegt lateral vom Tumor. Diagnose fraglich, wahrscheinlich retroperitoneale Geschwulst von einem intraligamentären Myom oder soliden Ovarialtumor. Operation am 28. Juni 1900. Medianer Bauchschnitt. Der Tumor war stark torquiert und lag retroperitoneal, hauptsächlich nach links vom Radix mesenterii und in demselben; nur ein unbedeutender Teil lag nach rechts. Eine Dünndarmschlinge war so intim mit der Geschwulst vereinigt, daß sie reseziert werden mußte. Exstirpation des Tumors mit Fassung der Gefäße mit Arterienklemmen und nachfolgender Unterbindung. Vereinigung der Darmenden mit Murphyknopf. Sehr geringer Blutverlust. Vernähung des Mesenteriums. Bauchnaht. Die Operation dauerte 2 Stunden 20 Minuten; Äthernarkose. Glatter Heilverlauf. Am 6. Juli ging der Murphyknopf ab. Pat. am 28. Juli geheilt entlassen. Die Geschwulst wog 8 kg. Mikroskopische Diagnose: Fibromyxom.

Lönnberg (Karlshamn).

7) F. Kaijser. Ein Fall von sehr großem Myoma uteri.

(Hygiea F. II. 1902. April [Schwedisch.])

41jährige Pat. Vor 12 Jahren bemerkte sie im Bauche eine runde Geschwulst, die seitdem immer an Größe zunahm, in den letzten Jahren sehr schnell. Menses zuerst normal, in der letzten Zeit nur spärlicher Blutwasserabgang. Pat. sehr mager; Bauch kolossal aufgetrieben, größter Umfang 140 cm, Ascites. Wenn die Pat. steht, reicht der Bauch bis an die Knie. Bei lokaler Cocainanästhesie Bauchschnitt. Etwa 12 Liter klarer Ascitesflüssigkeit. Der Tumor mit starken gefäßreichen Adhärenzen mit dem Omentum. Ein Cystenraum mit etwa 2 Liter Flüssigkeit wird entleert. Amputatio uteri supravaginalis. Extraperitoneale Stumpfbehandlung. Pat. geheilt entlassen. Die Geschwulst wog $16^1/_2$ kg, ist ein cystös degeneriertes Myom. Wegen der freien Ascitesflüssigkeit war die Diagnose auf Ovarialkystom gestellt. **Lönnberg** (Karlshamn).

8) P. Mayond (Lyon). Mitteilung über die Behandlung des Soors der Neugeborenen.

(Lyon médical 1902. April 28.)

M. hat nach dem Vorgange von Götz und Concetti Versuche mit Argentum nitricum gemacht und sehr gute Erfolge erzielt. Zuerst mit 1%iger, dann mit

3%iger Lösung. Bei leichten und diffusen Fällen wickelte man etwas Watte um ein Holzstäbchen, tauchte dieses in die Lösung und ließ das Kind daran saugen; bei circumskripter Erkrankung mit derberen Plaques werden diese abgerieben. Es ist nicht nötig, nachträglich mit Salzwasser zu neutralisieren. Etwa in 75% der Fälle genügte eine Applikation. Man macht sie am besten in der Mitte zwischen zwei Nahrungsdarreichungen, um Brechen zu verhüten. Die Mundschleimhaut verträgt das Argentum sehr gut. **Zeiss** (Erfurt).

9) **Augusto Starigia** (Rom). Ichthargan.

(Policlinico 1902.)

Verf. berichtet über therapeutische Versuche, die in der poliklinischen Abteilung der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des Prof. E. Pasquali in Rom gemacht worden sind. Das Ichthargan hat sich dort bei Endometritis, Vaginitis, Vulvitis und den etwa sich daranschließenden entzündlichen Erscheinungen im Becken ganz außerordentlich gut bewährt. Seine besonderen Vorteile dem Ichthyol gegenüber liegen in seinem starken Silbergehalte. Zu Irrigationen wurde es in 1%iger Lösung, zur Tamponade mit Glycerin 100 : 1, zur intra-uterinen Applikation in 2—3%iger Lösung verwendet; bei Endometritis fungosa mit starken Blutungen (in einem der berichteten Fälle) auch 5%ig. Meist genügte 2%ige Lösung; und die Verwendung von 3%igen wurde für ältere chronische oder mit starker entzündlicher Reizbarkeit einhergehende Fälle reserviert. Im ganzen wurden 203 Fälle mit Ichthargan behandelt, 127 davon akuten Charakters, zum Teil blennorrhoisch; nur in 37 derselben wurde keine komplette Heilung erzielt, doch kamen dabei mit die besonderen, fluktuierenden und unbeständigen Elemente der poliklinischen Klientel in Frage. Die 3 Fälle von Endometritis fungosa gestatten kein Urteil.

Zeiss (Erfurt).

10) **R. Condamin** (Lyon). Extra-uterin-Gravidität von 8 Jahren Dauer.

(Lyon médical 1902. März 2.)

Eine 39jährige Pat. hat seit ihrem 12. Jahre regelmäßig alle 23—24 Tage menstruiert, mit 18 Jahren geheiratet und 6 Monate später einen Abort gehabt. Von letzterem erholte sie sich rasch. Seit November 1893 blieb die Menstruation aus und entwickelten sich alle objektiven und subjektiven Zeichen der Schwangerschaft. Stets aber war das Abdomen rechts höher als links. Im Juli 1894 stellten sich Schmerzen ein; die Frau hielt sie für Wehen, glaubte sich am Ende ihrer Schwangerschaft und ließ eine Hebamme holen. Auch die Schmerzen, nach dem Kreuz zu ausstrahlend, waren besonders rechts. Während dreier Tagen lief Milch aus den Brüsten, die sich dann allmählich zurückbildeten. Die Schmerzen dauerten, ohne irgend welchen Abgang aus der Scheide, 4 Tage lang, ließen dann nach, verloren sich ganz, um in leichterem Grade, 8 Wochen später bei Wiedereintritt der Regel sich noch einmal einzustellen. Das Abdomen blieb stark, verkleinerte sich aber doch etwas während der nächsten 3 Jahre. Gelegentlich stellte ein Arzt die Diagnose auf Myom. Im November 1901 stellten sich »Nierenkoliken« ein und sie entschloß sich zur Operation. Rechts, bis etwas über Nabelhöhe, ein Tumor von holzähnlicher, zum Teil kalkiger Konsistenz. Bei Druck keine lokalen, aber ins Bein ausstrahlende Schmerzen. Im Becken rechts und hinten die nur schlecht vom nach links geschobenen Uterus abgesetzte Geschwulst. Diagnose: Extra-uterin-Schwangerschaft, wahrscheinlich mit Lithopädionbildung. Operation in den ersten Tagen des Januar 1902. Das Epiploon bedeckt den Tumor, seine Adhärenzen werden leicht gelöst. Der Tumor, weißlich, zum Teil perlmutterartig, liegt hinter dem rechten Lig. latum. Uterus, linkswärts verschoben, ist gesund, ebenso die beiden Tuben und das linke, leicht vergrößerte Ovarium. Das rechte Ovarium stellt der Tumor dar, durch einzelne Adhärenzen mit einer Darmschlinge und dem Appendix verwachsen. Letzterer, etwas verlängert, wird bei den Lösungsmanövern verletzt und deshalb reseziert. Stiel des Tumors breit, aber vollkommen

isoliert vom Lig. latum. Aufs bestimmteste wurde konstatiert, daß kein anderes Ovarium rechts existierte. Wegen leichter Flächenblutung im Douglas wird nach der Scheide zu drainiert. Heilung glatt, Entlassung am 15. Tage.

Der Fötus war gut entwickelt, ausgetragen, soweit aus den Nägeln zu schließen war, und keineswegs, wie man erwartet hatte, in Lithopädionbildung begriffen, sondern gut erhalten; stark zusammengekrümmt, die Kopfknochen, besonders die Scheitelbeine, übereinander geschoben. Die Wandungen des Sackes sind überall gleichmäßig, weißlich, perlmutterartig hier und da; nirgends bloß aus Peritoneum bestehend, machen für Gesicht und Gefühl den Eindruck gewisser Ovarialtumoren. Die histologische Untersuchung steht noch aus; Verf. hält es aber für wenig wahrscheinlich, daß, nach so langjährigem Druck und Spannung sich noch Ovarialgewebe finden wird. Die Placenta saß im Grunde des Sackes an der Einmündung der Gefäße, ließ sich leicht trennen. Verf. glaubt, daß dieser Fall alle erforderlichen, präzisen Momente darbiete, welche die Annahme einer wahren Eierstocksschwangerschaft rechtfertige. **Zeiss** (Erfurt).

11) K. Lange. Graviditas tubaria rupta. Laparotomie. Exitus 17 Tage nach der Operation durch Embolie art. pulmonalis.

(Hygiea F. II. 1902. März. [Schwedisch.])

28jährige Frau, Nullipara. Die letzte Menstruation vor 3 Wochen, spärlicher als sonst. Urplötzlich wurde die Pat. von Schmerzen im Unterleib getroffen, »als ob etwas entzwei gegangen wäre«; Erbrechen. Pat. sehr bleich, äußerst unruhig. Der Bauch ist gespannt, so daß die bimanuelle Palpation nichts ergab. Laparotomie 5 Stunden vom Anfang der Schmerzen. Dunkles Blut in der Peritonealhöhle. Auf der Mitte der linken Tube findet sich eine nußgroße Ausbuchtung, auf welcher eine kleine Perforationsöffnung liegt; durch diese Öffnung blutet es lebhaft, sogar arterielle Blutung im Strahl. Nach Unterbindung wurden die linken Annexe entfernt. Bauchtoilette. Sutur. Die Konvaleszenz zuerst ganz glatt. Heilung der Wunde per primam, aber in der Nacht zum 18. Tage, als Pat. schlief, hörte man sie stöhnen und röcheln, und in wenigen Augenblicken war sie gestorben. Die Obduktion ergab eine Embolie, die die ganze A. pulmonalis obturierte. Auf dem Operationsfelde alles in Ordnung.

Lönnberg (Karlshamn).

12) Rumpel (Hamburg). Über Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Jahrbücher der Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. VII. Jahrg. 1899/1900.)
Hamburg, **Leopold Voss**, 1902.

Verf. berichtet über 30 Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft, die in den Jahren 1896—1901 auf der Abteilung von Dr. Kümmell operiert wurden. 29mal glatte Heilung; 1 Todesfall bei bestehendem malignem Chorionepitheliom mit Metastasenbildung. 2mal handelte es sich um eine wiederholte Tubenschwangerschaft, 2mal um Komplikation von Tubargravidität mit Perityphlitis.

Die Mehrzahl der Frauen stand in einem Alter von 26—36 Jahren; 25 waren Mehrgebärende, 5 Erstgebärende; 16 sind darunter, die niemals Störungen ihrer geschlechtlichen Funktionen gezeigt haben und bei denen bei der Laparotomie keine gröberen Veränderungen der inneren Genitalien, abgesehen von den durch die schwangere Tube bedingten Verwachsungen etc., gefunden wurden. Diese Fälle, zusammen mit den sich mehrenden Beobachtungen von wiederholter Extrauterin-Gravidität lassen die Annahme von einer gewissen Disposition zur ektopischen Gravidität an Wahrscheinlichkeit gewinnen.

In allen Fällen wurde die klinische Diagnose durch den mikroskopischen Nachweis von Chorionzotten bestätigt. Es handelte sich stets um tubare Schwangerschaft, und zwar war das Ei 16mal in der Ampulle, 4mal in der Gegend des Isthmus inseriert, 10mal war der Sitz unbestimmbar; sicher auszuschließen war eine ovariale Schwangerschaft. Die Unterbrechung der Schwangerschaft geschah 10mal im 1., 15mal im 2., 4mal im 3. und einmal im 4. Monat; 10mal infolge

Ruptur, 16mal infolge Abort, 4mal war nicht genau zu entscheiden, ob Abort oder Ruptur. In keinem Falle war ein direktes Trauma nachweisbar. Ein Fötus wurde nur 4mal gefunden, 14mal wurde eine Haematocele retrouterina, 13mal ein freier Bluterguß in die Bauchhöhle beobachtet.

Das klinische Bild war mannigfaltig; von der leichten, mit Schmerzen verbundenen intermittierenden vaginalen Blutung bis zum schwersten Kollaps mit drohendem Verblutungstod. Diese schwersten Erscheinungen wurden 14mal beobachtet, und zwar 10mal bei Ruptur, 4mal bei Abort. Deutliche Schwangerschaftszeichen wurden nur 6mal konstatiert; in 8 Fällen wurde kein Ausbleiben der Menstruation beobachtet; in einem Falle wurde der Abgang einer Decidua uterina festgestellt.

Große Schwierigkeiten für die Diagnose boten die mit Perityphlitis kombinierten Fälle.

Alle Fälle von Extra-uterin-Gravidität werden am besten sofort operiert, und zwar durch Laparotomie, die auch hier in 29 Fällen angewandt wurde (einmal wurde Colpotomia anterior gemacht). Die Prognose ist eine durchaus günstige. Bei bestehendem schwerem Kollaps ist Schnelligkeit des Operierens die Hauptsache. Es wurde eine Operationsdauer von 10—15 Minuten nicht überschritten. Bei ausgebluteten Pat. wird während der Operation eine intravenöse Kochsalzinfusion gemacht.

Die Krankengeschichten sind im Auszug beigefügt.

Reifferscheid (Bonn).

13) **M. Tiegel** (Breslau). Über die Vorteile des suprasymphysären Fascienquerschnittes nach Pfannenstiel.

Inaug.-Diss., Breslau, 1901.

Pfannenstiel hat seinen Querschnitt bisher an 128 Fällen erprobt. Er hat sich auch bei weiterer Indikationsstellung ausgezeichnet bewährt. Die Mortalität betrug 0%. In keinem Falle konnte eine Hernie oder eine Disposition dazu (Fascienlücke) festgestellt werden. Die Beobachtungszeit betrug 3/4 Jahre (99 Fälle), länger als 3 Jahre (11 Fälle), länger als 2 Jahre (51 Fälle). Besonders bei Ventrifixationen ist der gute Erfolg der Bauchdeckenheilung zu betonen. Der Uterus wird durch eine durchgreifende Silkwormnaht unterhalb des Fascienquerschnittes fixiert. Auch nach Bauchdeckeneiterung (2 Fälle) blieben Hernien aus. Die Kreuzung des Muskel- und Facienschnittes sichert den Zusammenhalt der Narbenränder. Die Rekti werden durch die bandartig über ihnen liegende Fascie zusammengehalten. Ein Auseinanderweichen der Fascie andererseits wird durch die flächenhaft mit ihr verwachsende Muskelschicht gehindert. Durch den Fascienschnitt, der parallel mit der Zugrichtung der queren und schrägen Bauchmuskeln verläuft, werden die Fascienschnittränder einander genähert. Das Operationsfeld, namentlich die seitlichen Partien des kleinen Beckens sind bei dem Schnitt gut zugänglich und übersichtlich. Die Därme treten nicht aus der Bauchwunde heraus. Dadurch ist die Lebenssicherheit des Schnittes zu erklären. Für den Schnitt eignen sich Fälle zur Adhäsionslösung, Ventrofixationen, frühe Stadien der Extrauterin-Gravidität, Hämatokelen und besonders schwer entzündliche Adnexerkrankungen. Tumoren dürfen durch den Pfannenstiel'schen Schnitt nur in Angriff genommen werden, wenn sie die Größe einer Faust nicht wesentlich überschreiten. Cysten, die verkleinert werden, dürfen diese Größe überschreiten. 5/12 aller Laparotomien hat Pfannenstiel mit seinem Schnitt operiert. Die Narbe fällt oberhalb der Schamhaargegend, die wegen schwerer Desinfizierbarkeit beim Schnitt vermieden wird.

Mit dem Bardenheuer'schen Querschnitt steht der Pfannenstiel'sche Schnitt im schärfsten Gegensatze.

Stoeckel (Bonn).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 17. Sonnabend, den 25. April. **1903.**

Inhalt.

Einladung.

Der X. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

*findet in diesem Jahre vom **3. bis 6. Juni** in **Würzburg** statt.*

Die Sitzungen werden in dem Hörsaal der königl. Universitäts-Frauenklinik vormittags von 9—12½ und nachmittags von 2—4 Uhr abgehalten; Demonstrationen ebenda von 8—9 Uhr.

Als Gegenstände der Verhandlungen sind seinerzeit bestimmt worden:

1. ***Anatomie und Therapie der Extra-uterin-Schwangerschaft.***

   Referenten: J. Veit und Werth.

2. ***Prolapsoperationen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Dauererfolge.***

Referenten: *A. Martin und O. Küstner.*

Ein Verzeichnis der bisher angemeldeten Vorträge, ebenso wie ein eingehendes Programm wird in einer der nächsten Nummern dieses Blattes veröffentlicht werden. Weitere Anmeldungen von Vorträgen werden bis spätestens zum 20. Mai an den ersten Vorsitzenden erbeten.

Kranke, welche von Mitgliedern der Gesellschaft vorgestellt werden sollen, können in der Frauenklinik nach vorheriger Anmeldung Aufnahme finden.

Da wegen der gleichzeitigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Zoologie voraussichtlich der Raum in den vorhandenen Hotels recht knapp sein wird, werden die Teilnehmer des Kongresses hiermit dringlich ersucht, sich wegen Beschaffung einer Wohnung mit Herrn Privatdozent Dr. Burckhard (Eichhornstraße 7) in Verbindung zu setzen.

Zu reger Beteiligung laden die Fachgenossen ein

Hofmeier, *I. Vorsitzender.* *Olshausen*, *II. Vorsitzender.* *Schatz*, *Kassenführer.*

Fritsch. *F. Müller.*

Pfannenstiel, *I. Schriftführer.* *G. Burckhard (Würzburg)*, *II. Schriftführer.*

Tagung
der
Vereinigung deutscher Hebammenlehrer
in Würzburg
am 1. und 2. Juni 1903.

Montag, den 1. Juni, abends: Zusammenkunft im »Russischen Hof« (Statutenberatung, Vorstandswahl, geschäftliche Mitteilungen etc.).

Dienstag, den 2. Juni, morgens 10 Uhr: Sitzung im Hörsaal der kgl. Universitäts-Frauenklinik.

I. A.: Rissmann.

Originalien.

I.

Ein neues Zeichen von mehrfacher Schwangerschaft.

Von
Prof. Dr. **Jentzer**,
Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Genf.

Es scheint mir von einigem Interesse zu sein, eine Beobachtung mitzuteilen, die dem Geburtshelfer erlauben dürfte, in gewissen Fällen das Vorhandensein einer mehrfachen Schwangerschaft mit Sicherheit zu konstatieren.

Es handelt sich um Pat. W., 27 Jahre alt, die wegen einer unerträgliche Kreuzschmerzen verursachenden Retroflexion am 4. April 1900 nach Leopold-Czerny ventrofixiert worden war. Seit dieser Operation hat Pat. zweimal geboren, das erste Mal am 25. Juli 1901 (lebende Drillinge), das zweite Mal am 9. März 1903.

Beiläufig möchte ich bemerken, daß ich, seitdem ich der Genfer Frauenklinik vorstehe (1899) fünfmal Ventrofixierte habe niederkommen sehen, und zwar ohne jede Geburtsstörung; ebenso war in allen Fällen auch die Nachgeburtsperiode vollkommen normal. Demgemäß erachte ich die gegen das betreffende Operationsverfahren erhobenen Einwände für unberechtigt.

Während der ersten Geburt konnte ich das Zeichen beobachten, dessen Mitteilung Zweck dieser Zeilen ist: Letzte Periode am 8. November 1900. Schwangerschaft während der ersten 7 Monate normal, ausgenommen einige geringe Schmerzen, hervorgerufen durch den Zug des Uterus an der Bauchnarbe. Es sei hinzugefügt, daß die Entwicklung der Gebärmutter hauptsächlich auf Kosten der hinteren Wand geschah, unter Bildung einer deutlichen partiellen Retroflexion. Ende Mai 1901, also am Ende des 8. Monates, bittet Pat. um Aufnahme in die Klinik wegen Müdigkeit und Gefühl der Schwere im Bauche. Starkes Ödem an den Malleolen. Am 15. Juni erhebe ich folgenden Befund: Mittlere Statur, Becken normal, kein Albumen. Abdomen sehr stark aufgetrieben, in Nabelhöhe 102 cm messend. Die abnorme Spannung erschwert die Palpation bedeutend. Bei der Auskultation hört man deutlich rechts und links kindliche Herztöne, ein Unterschied in der Frequenz ist nicht wahrzunehmen. Beim Auflegen der Hände auf den unteren Teil des Bauches fühlt man unmittelbar über der Symphyse einen wenig nach links abgewichenen Kopf, ebenso findet man rechts einen Kopf, der leicht nach der rechten Fossa iliaca hin abweicht. Ein Rücken deutlich links und etwas nach hinten, ein zweiter rechts vorn. Auffällig ist, daß man, wenn man die zwei Köpfe von beiden Seiten her anfaßt und gegeneinander stößt, dasselbe Gefühl hat, wie beim Anschlagen zweier Billardkugeln im Wasser. Zu wiederholten Malen konnten wir, meine Assistenten sowohl wie ich, diese Tatsache kontrollieren. Dieses Symptom habe ich nirgends erwähnt gefunden. Kollege Walthard (Bern), mit dem ich über die Sache sprach, teilte mir mit, eine ähnliche Wahrnehmung in einem Falle von verkalktem Uterusfibrom gemacht zu haben, welches, gegen das Promontorium vorgestoßen, dasselbe Geräusch verursachte.

Da der Geburtsverlauf sonst nichts Bemerkenswertes darbot, unterlasse ich dessen Mitteilung im einzelnen. Die Diagnose war wohl auf mehrfache Schwangerschaft gestellt worden, die dritte Frucht war aber der Untersuchung entgangen.

II.

Scheinbare Abdominalgravidität beim Kaninchen nach primärer Uterusruptur.

Von

Dr. Kurt Kamann in Greifswald.

In der Einleitung eines »Primäre Bauchhöhlenschwangerschaft auf einem Netzzipfel« betitelten Artikels in Nr. 5 d. Blattes (1903) citiert Witthauer kurz u. a. einen von mir in der gynäkologischen Gesellschaft zu München am 14. Februar 1902 mitgeteilten Fall von primärer Abdominalgravidität bei einem Kaninchen, auf den sich auch B. Wolff bei der Demonstration eines ganz ähnlichen Präparates in der Berliner geburtsh. Gesellschaft am 27. Juni 1902 bezog.

Ich nahm damals eine primäre Bauchhöhlenschwangerschaft an, weil die Verwachsung des Fruchtsackes mit dem strangartig ausgezogenen, sehr gefäßreichen großen Netz die einzige Verbindung des Fötus mit dem Muttertiere darstellt, und weil mir die fernab gelegenen inneren Genitalien frei von auffälligen Veränderungen zu sein schienen.

Diese meine frühere Auffassung stellte sich nun aber bei der weiteren Bearbeitung des Falles als unhaltbar heraus. Es konnte nämlich an der Hand einer unscheinbaren Narbe im linken Uterushorn nachgewiesen werden, daß sich der Fötus primär im Uterus entwickelte, daß der reife Fruchtsack intakt samt Placenta durch einen Riß der Uteruswand in die Bauchhöhle austrat, und daß er sich erst sekundär mit dem großen Netze verband.

Auf die Einzelheiten dieses Vorganges sowie auf die Schlüsse, die diese Beobachtung beim Kaninchen für das Zustandekommen der Abdominalgravidität beim menschlichen Weibe an die Hand gibt, will ich hier nicht weiter eingehen. Ich verweise in dieser Hinsicht auf eine in nächster Zeit in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinende ausführliche Mitteilung.

Dagegen kann ich einige Bemerkungen zu dem Witthauer-schen Artikel hier nicht unterdrücken.

Der Beweis, daß eine primäre Bauchhöhlenschwangerschaft auf einem Netzzipfel vorliegt, ist meines Erachtens nicht sicher erbracht. — Die Beschreibung des Krankheitsbildes, des Operationsbefundes und der mikroskopischen Präparate scheint mir vielmehr mit mehr Recht folgende Auffassung des Falles zuzulassen:

Die Frau war extra-uterin schwanger, und zwar war das Eichen mit großer Wahrscheinlichkeit primär im abdominalen Abschnitte der rechten Tube oder auf dem rechten Pavillon oder auch auf der rechten Fimbria ovarica inseriert. Die heftigen, 14 Tage vor der Aufnahme plötzlich einsetzenden Schmerzen mit anschließendem Blutabgange kann man als den Ausdruck des tubaren Abortes auffassen. Die damit verbundene innere Blutung führte zu dem retro-uterinen Hämatom. Das abgelöste Eichen gelangte auf den in die rechte Beckenseite herabragenden Netzzipfel, der hier wohl mit der rechtsseitigen Ovarialcyste verwachsen war, wie ich aus den Worten des Operationsberichtes entnehmen zu müssen glaube: »ein Netzstrang läuft nach der rechten Beckenseite und wird, um rasch an die Anhänge zu gelangen, zur Seite geschoben; darunter fühlt man eine hühnereigroße Ovarialcyste, die mit der intakten, nicht veränderten Tube zusammen entfernt wird«.

Der Netzzipfel verklebte nun sekundär mit dem von Gerinnseln umhüllten Eichen, und die Blutmasse erfuhr teilweise hyaline Umwandlung und wurde vom Netze aus organisiert.

Die am Tage nach der Aufnahme aufgetretene, zum Kollaps führende innere Blutung stammte entweder aus dem von der Verwachsungsstelle rechts im Becken zum Teil abgelösten Netzstrange,

oder sie war, und zwar wahrscheinlicher, eine Spätblutung aus einem Gefäße der primären Eiinsertionsstelle, wie wir sie nach den neueren Arbeiten über tubare Eieinbettung annehmen müssen. (Cf. Heinsius, Demonstration. Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 11.)

Daß trotzdem die entfernte rechte Tube makroskopisch gesund erschien, ist kein Gegenbeweis gegen diese Erklärung, wie auch gegen die Annahme einer primären Tubargravidität.

Ich halte es wenigstens für sehr wahrscheinlich, daß man einer Tube 14 Tage nach dem tubaren Aborte nicht mehr anzusehen braucht, ob sie gravid war oder nicht. — Die hier allein ausschlaggebende mikroskopische Untersuchung ist aber nicht einwandfrei. Es sind keine Serienschnitte gemacht worden, die Möglichkeit einer primären Tubenschwangerschaft ist also nicht sicher ausgeschlossen, indem selbst bei der Durchsicht vieler Schnitte die ursprüngliche kleine Eiinsertionsstelle, zumal eine solche auf dem Pavillon, entgehen kann.

Daß das Ei erst in der Tube saß, dann in die Bauchhöhle ausgestoßen wurde und sich schließlich auf dem Netze festsetzte, halte auch ich für sehr unwahrscheinlich, ja für ausgeschlossen, wenn mit »sich festsetzen« der Begriff der Weiterentwicklung verbunden sein soll. Gegen eine wirkliche sekundäre Eientwicklung auf dem Netzzipfel spricht auch nach meiner Ansicht die Figur 2. Ebenso finde ich aber in dieser nichts Beweisendes für eine primäre Eieinbettung auf dem Netze. Angenommen selbst, das Ei sei primär auf dem Netzzipfel inseriert und, wie Witthauer glaubt, durch einen Bluterguß von der Unterlage abgehoben, so könnte man sich doch diesen Vorgang gewiß nicht so denken, daß das Ei etwa wie eine glatte Kugel von einer glatten Unterlage durch eine sich zwischenschiebende Masse abgedrängt würde, sondern es wären dabei doch zweifellos die ins Netz wie Wurzeln in einen Boden vorgedrungenen Chorionzotten wenigstens teilweise zerrissen und in der betreffenden Netzpartie stecken geblieben. Es ist aber Witthauer nicht gelungen, Zotten oder wenigstens Reste des Zottenzellmantels, noch auch eine Reaktion des mütterlichen Bodens bedeutende Zellen in direkter Verbindung mit dem Netze zu finden, und damit dürfte der Nachweis einer primären Bauchhöhlenschwangerschaft auf einem Netzzipfel nicht mit der Sicherheit geliefert sein, wie ihn Witthauer erbracht zu haben glaubt.

III.

Ein weiterer Beitrag zur Bekämpfung des Ileus mittels subkutaner Strychnininjektionen.

Von

Dr. H. Grube, Frauenarzt in Hamburg.

Schon vor $1^1/_2$ Jahren etwa habe ich in dieser Wochenschrift auf die Wirkung des salpetersauren Strychnins auf die Darmperi-

staltik hingewiesen[1] und zu weiteren Versuchen mit diesem Mittel in der Bekämpfung der Darmparalyse nach Operationen in der Bauchhöhle aufgefordert.

Von Hamburger Ärzten haben Töpfer und neuerdings auch Kümmell günstige Ergebnisse zu verzeichnen gehabt; ich selbst habe zu diesem Mittel wiederum gegriffen bei einem Falle von Ileus, der sich mir nach Exstirpation einer Sactosalpinx purulenta per vag. und Vaginifixur des in Retroflexio fixierten Uterus ereignete und den ich um so weniger übergehen möchte, als bei der Wichtigkeit der ganzen Sache auch jeder einzelne Fall, der geeignet ist, für die Weiterverbreitung dieser Therapie zu sorgen, erwähnenswert erscheint.

Ich möchte auch an dieser Stelle, wie in meiner ersten Arbeit, darauf hinweisen, daß zwischen dem echten Ileus und dem sogenannten Pseudoileus eine sichere Differentialdiagnose in einer großen Anzahl von Fällen nicht zu stellen ist, und daß der bekannte Komplex von Erscheinungen, unter denen der fehlende Abgang von Flatus und das permanente Erbrechen die hervorstechendsten sind, sowohl den echten Ileus, d. h. die rein mechanische Verlegung des Darmlumens, wie den Pseudoileus, d. h. die Darmparalyse auf Grund einer bestehenden partiellen Peritonitis, begleiten. Nach Operationen in der Bauchhöhle ist eine Differentialdiagnose zwischen beiden noch schwieriger als sonst zu stellen, wie jeder, der sich auf Grund der Diagnose Ileus zu einer Sekundärlaparotomie entschloß und bei derselben eine unerwünschte Peritonitis fand, zur Genüge weiß. Noch berechtigter wird das Verlangen nach einer Erfolg versprechenden inneren Therapie der angezogenen Krankheitserscheinungen, da die Sekundärlaparotomie in der Mehrzahl der Fälle zu einem günstigen Resultate nicht zu führen pflegt und sogar Beschleunigungen des Exitus durch dieselbe keineswegs zu den Seltenheiten gehören.

Der Fall selbst verlief folgendermaßen:

Es handelte sich um eine 24jährige Frau, die nach längere Zeit dauernden Blutungen in meine Behandlung kam und der ich nach vorausgeschickter Auskratzung die linken Adnexe, die entsprechend einer vor einem Jahre etwa überstandenen Gonorrhoe verändert waren, durch den vorderen Scheidenleibschnitt exstirpierte. Den hinten fixierten Uterus löste ich aus seinen Verwachsungen und fixierte ihn an die Vagina.

Die Kranke, die schon in den Wochen vor der Operation ziemlich viel Blut verloren hatte, verließ den Operationstisch mit 160 Pulsen, derselbe ging aber nach Infusion von 800 ccm Kochsalz- und 200 ccm einer $1\frac{1}{2}$%igen Gelatinelösung auf 140 zurück. In den nächsten Tagen war der Puls immer noch hoch, er blieb auf 120—140, während die Temperatur abends auf 39,0 stieg.

Am 4. Tage, den Operationstag als ersten gerechnet, bestand große Unruhe der Kranken, der Leib war aufgetrieben, Pat. sah schlecht aus und erbrach des öftern. Puls abends 150, Temperatur 38,5, Flatus waren bisher nicht abgegangen.

Am 5. Tage morgens bot die Kranke ein Bild schwerster Prostration. Der Leib trommelartig aufgetrieben, Puls 140—160, Temperatur 38,6, Atemfrequenz 40 Atemzüge in der Minute, dabei andauerndes, übelriechendes Erbrechen; die

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1901. Nr. 25.

Pat. verfiel zusehends. Zur Beseitigung des überaus qualvollen Zustandes durch Erzwingen von Flatus wurde zunächst Ricinusöl gegeben, das sofort erbrochen wurde, zwei Klysmata, eins mit Glycerin, eins mit Kochsalz, gingen bald wieder ab, ohne Flatus oder Stuhlgang auszulösen.

Am Nachmittag um 4 Uhr circa — der Zustand der Pat. hatte sich inzwischen immer weiter verschlechtert — gab ich dann zunächst 0,003 g Strychnin. nitric. subkutan, um 6 Uhr weitere 0,003 g und um 8 Uhr 0,004 g, insgesamt also 0,01 g, d. h. die Maximaleinzeldosis. Bald nach der letzten Gabe Peristaltik und Flatus, denen um 1/210 Uhr reichlich bröckliger Stuhlgang und um 1/211 Uhr ein zweiter Stuhlgang von derselben Beschaffenheit folgten. Nachts gegen 2 Uhr gab ich dann nochmals 0,005 g Strychnin, d. h. die halbe Maximaleinzeldosis; es zeigte sich lebhafte Peristaltik und reichlich Flatus und am anderen Morgen konnte ich konstatieren, daß der Leib bedeutend abgefallen war und die Kranke sich verhältnismäßig wohl befand.

Vier Tage später entleerte sich eine Menge blutig tingierten Eiters aus der Bauchhöhle durch den vorderen Scheidenschnitt. Einige Tage später räumte ich den Abszeß aus und drainierte ihn, und damit nahm die Rekonvaleszenz ihren ungestörten Fortgang.

Am 42. Tage p. op. konnte ich die Pat. in bestem Wohlsein entlassen, der Uterus lag in guter Anteflexio, in der Gegend der linken Adnexe waren narbige Stränge zu fühlen; kein Exsudat.

Wie der Durchbruch des peritonealen Abszesses bewies, handelte es sich in dem vorliegenden Falle um eine eitrige, abgesackte Peritonitis mit schwerster Darmlähmung und ileusartigen Erscheinungen stürmischster Natur, die auf eine Infektion intra operationem oder durch vielleicht noch virulente Keime der alten Sactosalpinx purulenta zurückzuführen sein dürfte.

Wenn es mir gelang, die Kranke durchzubringen, so schiebe ich das zunächst auf die Darreichung des Strychnins, die ermöglichte, die Darmperistaltik wieder in Gang zu bringen und damit auch dem drohenden Herzkollaps vorzubeugen; in zweiter Linie hat auch die Art der Operation zu dem guten Ende zweifellos mitgewirkt.

Es ist dies einer der typischen Fälle, der so recht den Vorzug der vaginalen Methode bei der operativen Behandlung eitriger Adnexerkrankungen demonstriert.

Die im Gegensatze zum Bauchdeckenschnitte durch kein Berühren mit der Hand resp. mit Tupfern insultierte Serosa der Därme bleibt widerstandsfähiger gegen bakterielle Invasionen irgend welcher Art; sie vermag auf Grund ihrer leichten Verklebungsfähigkeit selbst derartig große Eitermassen, wie in diesem Falle, von der übrigen Bauchhöhle fernzuhalten und im kleinen Becken zu lokalisieren, bis diese, dem Gesetze der Schwere folgend, sich den Ausgang durch den vorderen Scheidenschnitt gebahnt haben. Damit ist der Gefahr der universellen Peritonitis vorgebeugt und entsprechende Maßnahmen (Drainage) leiten zur völligen Genesung hinüber[2].

---

[2] Siehe auch: »Über die Entfernung entzündeter und durch Neubildung erkrankter Ovarien mittels vaginaler Köliotomie« von Fritz Heinsius. (Aus der Frauenklinik der Universität Greifswald.) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1903. Bd. VII. Hft. 1.

Auf Grund der in meiner ersten, aus der A. Martin'schen Klinik stammenden Arbeit niedergelegten Erfahrungen und auf Grund dieses einzelnen extremen Falles glaube ich die Darreichung von salpetersaurem Strychnin in der oben angegebenen Dosis bei allen Fällen von reinem Ileus und sogenanntem Pseudoileus auf das Wärmste empfehlen zu dürfen.

IV.

Zur Technik der Füllung des Kolpeurynters.

Von

Dr. **Arthur Foges** in Wien.

Unter diesem Titel veröffentlicht Herr Dr. Arnold Kurrer in Nr. 7 d. Blattes (1903) eine neue Methode, welche darin besteht, daß »der Kolpeurynter in steter, ununterbrochener Verbindung mit dem hochhängenden, gefüllten Irrigator zu halten« ist, und berichtet über zwei geburtshilfliche Fälle, bei welchen ihm diese Anwendungsweise gute Dienste geleistet hat.

Ich möchte hierzu nur bemerken, daß ich in einem am 13. Februar 1901 gehaltenen Vortrage »Über Belastungstherapie«[1] dieses Verfahren für die Metreuryse ausführlichst beschrieben und begründet habe, nachdem sich mir dasselbe bei Dehnung von Vaginalnarben auf das beste bewährt hatte.

Da der Druck im Ballon durch Höherstellen des Irrigators jederzeit vermehrt werden könnte, so hielt ich die Anwendung eines Zuges für überflüssig. Ich hob auch hervor, daß der unter Hochdruck stehende Ballon bei Retroflexio uteri gravidi die Aufrichtung befördern könnte.

Referate.

1) **A. Hegar.** Der Abort.

(Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. 62. Lieferung. 14. Vorlesung.)

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1902.

Die Untersuchung von abortierten Eiern ergibt, daß die früher als Ursachen des Abortes angeschuldigten Faktoren, wie Traumen, rasch eintretende Kongestivzustände (z. B. durch Sabina) oder auch Gemütsaffekte meist nur den letzten Anstoß zur Unterbrechung der Schwangerschaft geben, und daß es vielmehr Bildungsfehler und Erkrankungen des Eies und seiner Hüllen sind, welche dafür verantwortlich gemacht werden müssen. Als solche sind anzuführen in der ersten Zeit der Schwangerschaft Zurückbleiben des Embryos in der

[1] Wiener med. Presse 1901. Nr. 9.

Entwicklung, Mißbildungen, vollständiges Fehlen desselben; in der späteren Zeit Maceration oder Mumifikation, lipoide Umwandlung der Frucht; ferner Veränderungen der Nabelschnur, Erkrankungen des Amnion und Chorion, zu große oder zu geringe Ausdehnung der Serotina, Hypertrophie der Decidua (Endometritis polyposa, cystica), degenerative Prozesse und Nekrosen der Decidua, Tiefsitz der normalen oder der Placenta membranacea, Granulationswucherungen in den Zotten, Gummata, Blasenmole oder Myxoma fibrosum, Chorionangiom in der Placenta; ferner der weiße Infarkt derselben.

Die Frage nach der ersten Ursache dieser Erkrankungen läßt sich oft nicht beantworten; bekannt ist, daß Lues und Alkoholmißbrauch Sperma oder Ei so verändern können, daß eine richtige Entwicklung und vollständige Reifung der Frucht ausgeschlossen ist; dasselbe gilt von schweren Infektionen, Vergiftungen, Exzessen, lokalen Affektionen der Sexualorgane; dann vermögen ungewöhnliche Bedingungen während der Befruchtung zu fehlerhaften Bildungen Anlaß zu geben. Das bereits befruchtete Ei kann im Verlaufe der Schwangerschaft durch hohe Fiebertemperaturen, Überladung des Blutes mit Kohlensäure, Eindringen von Infektionserregern, wie bei Typhus, Skarlatina, nachteilig beeinflußt werden; es kann bei letzterer Erkrankung auch zu hämorrhagischer Endometritis und Ablösung des Eies kommen. Außerdem liegt die Ursache des Abortes in bereits vor der Befruchtung bestehenden Erkrankungen der Sexualorgane.

Die Ursache der ersten Wehentätigkeit liegt jedenfalls in Verödungen und Nekrosen in dem Ei und Uterus verbindenden Geweben, accidentelle Anlässe, wie leichte Traumen usw., bringen die erste Kontraktion hervor, welche zu der Entstehung eines Blutergusses führt, welcher dann wieder den weiteren Reiz zu Kontraktionen abgibt; der Kehrer'sche cyklische Mechanismus ist beim Abort nicht in Betracht zu ziehen, der Tod der Frucht hat keine Bedeutung.

Durch die Kontraktionen erweitert sich der Cervicalkanal und bildet mit dem Corpus uteri eine einzige Höhle, in welche das Ei geschoben wird. Dilatiert sich nun der äußere Muttermund, so kann das Ei geboren werden; es kann sich aber auch eine sog. sekundäre Cervicalschwangerschaft bilden, indem bei ungenügender Eröffnung des äußeren Muttermundes das Ei in die erweiterte Cervicalhöhle geboren wird, worauf sich das Orificium internum wieder schließt oder indem trotz weitem äußerem Muttermund eine Einklemmung am inneren Muttermund stattfindet. Die Trennung des Eies erfolgt entweder innerhalb der Serotina oder in der Weise, daß sich die Zotten aus der Serotina herausziehen. Bei beiden Arten können kleinere oder größere Reste des Eies und seiner Hüllen oder der Vera zurückbleiben.

Handelt es sich um Retention von Reflexa oder von Amnion, Nabelstrang, der Frucht, des Chorion, so wirken diese Gebilde als tote Fremdkörper; sie hindern die Involution des Uterus und ins-

besondere die Rekonstruktion seiner Schleimhaut (die Zotten können weiter ernährt werden).

Über die Retention der wandständigen Decidua differieren die Ansichten; die einen nehmen an, daß keine vollständige Heilung vor Entfernung derselben möglich ist, die anderen glauben an deren allmähliche ohne Störung verlaufende Rückbildung. Die Beobachtung bei der Curettage zeigt, daß jedenfalls eine normale Herstellung der Schleimhaut nicht stattfindet, sie ist aber dann zu erwarten, wenn bei verfetteter Decidua die Zotten sich aus der Serotina herausgezogen haben.

Bei der Behandlung des Abortes warnt H. vor unnötigem Eingreifen; die angeführte Therapie deckt sich mit dem allgemein üblichen Verfahren. Jahreiss (Augsburg).

---

2) **B. S. Schultze** (Jena). Über Dammrisse.

(Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. 62. Lieferung. 15. Vorlesung.)

Wien, Urban & Schwarzenberg, 1902.

Nach Schilderung der anatomischen Verhältnisse von 3 Fällen von komplettem Dammriß beschreibt S. das von ihm geübte Operationsverfahren, eine Modifikation der Simon'schen Methode. Dasselbe gestaltet sich folgendermaßen: Bezeichnung der vorderen Grenze des künftigen Dammes durch Scherenschnitt. Der schmale Narbenstreifen, der den Saum des Rektovaginalseptum bildet, bleibt stehen und wird als Wundrand für Schluß des Rektum verwendet. Dann wird von der Narbe aus das Septum gespalten, bis die Wunde 1 cm breit ist, und seitlich die Stümpfe des Sphincter ani durch Anfrischung freigelegt.

Rektum, Vagina und Damm werden isoliert genäht mit Knopfnähten. Dabei wird abwechselnd je eine Rektum- und je eine Vaginalnaht gelegt, die Fäden, beiderseits mit Nadeln armiert, von der Wunde aus eingestochen. Für Vagina und Rektum Cumolkatgut, für den Damm Silkwormgut. Vom dritten Tage an Sorge für täglichen breiigen Stuhlgang. Um Flatus und Defäkation von der Wunde fernzuhalten, bleibt der vor der Operation hoch ins Rektum hinaufgeschobene Tupfer bis zum dritten, bei Belästigung bis zum zweiten Tage liegen. Urinentleerung spontan vom ersten Tage an im Stehen oder Knieen, danach eine sterile Abspülung.

Die Dammrisse sind, wenn möglich, sofort nach der Geburt zu nähen; aber auch nach 24 Stunden kann man noch auf prima intentio rechnen.

Die Entstehung der Dammrisse kann verschiedene Ursachen haben. Von seiten des Beckens disponiert eine hohe Symphyse, ein enger Schambogen, gestrecktes Kreuzbein, zu geringe Beckenneigung; von seiten des Kindes die großen Maße von Kopf und Schultern; von seiten der Weichteile Enge der Schamöffnung und mangelhafte Dehnungsfähigkeit ihrer Umgebung.

Der Dammschutz ist in folgender Weise zu machen: Rückenlage der Kreißenden; bei dieser ruht der Uterus auf der Wirbelsäule auf. Hat der Kopf den Beckenboden erreicht, ein Wollkissen unter die Lendengegend, um die Wirbelsäule zu strecken und dadurch die Beckenneigung im Verhältnis zur Wirbelsäule zu vermehren. Zur Beförderung des Hervortretens des Hinterhauptes unter dem Schambogen wird im Beginne der Wehe durch zwei auf den schon geborenen Abschnitt des Hinterhauptes aufgelegte Finger ein kräftiger Druck nach abwärts ausgeübt. Auf dieselbe Weise wird im weiteren Verlaufe der Geburt für langsamen Austritt des Kopfes gesorgt (der Kopf strebt vor der Symphyse emporzusteigen, drückt man ihn abwärts, so hält man ihn zurück). Unterstützung des Dammes ist unnötig, kann sogar zu erheblichen Schleimhautverletzungen und Blutungen, sowie zu Abquetschen der Muskelfasern des Levator ani von seiner Insertio pubica führen. Nur bei schlaffem Damme ist derselbe zu stützen. Ebenso bei Durchtritt der Schultern.

Inzisionen der Schamöffnung sind nicht zu früh zu machen; in selteneren Fällen ist eine vordere Inzision (zu beiden Seiten der Harnröhrenmündung) von Vorteil, wenn nämlich der Kopf wegen Straffheit des Lig. triangulare urethrae vor der Schamfuge nicht emporsteigen kann. **Jahreiss** (Augsburg).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 25. November 1902.

Vorsitzender: Chrobak; Schriftführer: Hitschmann.

I. Piskaček: Bauprogramm der neuen n.-ö. Landesgebäranstalt.

P. entwickelt das Programm für den Neubau der n.-ö. Landesgebäranstalt in Gersthof.

(Wegen zu großen Umfanges des Referates wird aus demselben nur das Wesentlichste in diesen Bericht aufgenommen.)

Die für den gedachten Zweck vom Lande erworbene Parkanlage ist vom Zentrum der Stadt in ungefähr 20 Minuten mittels der elektrischen Straßenbahn zu erreichen und setzt sich aus drei Wiesengründen zusammen, die von Bäumen eingerahmt sind. Der ganze Komplex ist 7 Hektar groß, hat ein unebenes Terrain mit Niveauunterschieden bis 28 m. Außer der Gebäranstalt soll auch die Findelanstalt in der Parkanlage die Aufstellung finden.

Für die Gebäranstalt, mit welcher die Hebammenlehranstalt verbunden sein wird, ist der günstigste, an der Gersthofer Straße gelegene Teil des Parkes bestimmt.

Der Hauptbau ist im Blocksystem beabsichtigt, da der Platz für die Entfaltung im Pavillonsystem ungeeignet ist. Er soll viergeschossig sein, d. h. aus einem Erdgeschosse, einem ersten und zweiten Stock und einem zum Teil bewohnbaren Dachraume nach Mansardenart bestehen. Der Bau ist mit einem gegen die Gersthofer Straße gelegenen, 84 m breiten Fronttrakt gedacht, mit dessen linkem Flügel ein 78 m, mit dessen rechtem Flügel ein 47 m langer Trakt in Verbindung stände. Der Verkehr zwischen den Trakten wird durch einen längs der Reihe der Zimmer, Säle und sonstigen Räume in den Stockwerken verlaufenden

Gang bewerkstelligt. Vom Ende des linken Traktes zweigt ein zum Fronttrakt paralleler Trakt von 78 m ab.

Der Himmelsrichtung nach wäre der Fronttrakt gegen Nordost, der linke Seitentrakt gegen Südost, der rückwärtige Quertrakt gegen Südwest mit der Außenseite gekehrt. Der kürzere rechte Seitentrakt käme mit der Außenseite nach Nordwest. Hier könnte sich aber ein Gang befinden, so daß die Hofseite mit den Krankenzimmern nach Südost gerichtet wäre.

In die Mitte des Hofes käme ein quadratisches einstöckiges Gebäude mit 15 m Seitenlänge zu stehen, dessen Erdgeschoß für Bäder, dessen erster Stock für eine Operationsabteilung bestimmt wäre. Die ersteren sollen mit dem Fronttrakt, die letztere mit dem rechten Seitentrakt je einen Verbindungsgang bekommen.

Die Verteilung der Räume ist wie folgt beabsichtigt:

Fronttrakt:

Erdgeschoß:

In der Mitte rechts die administrativen Aufnahmeräume.

» » » links » ärztlichen »

In der rechten Ecke die gynäkologischen Ambulanzräume.

» » linken » » Kapelle.

Erster Stock:

In der Mitte die ärztlichen Wohnungen.

In der rechten Ecke die kleinen Operationsräume.

In der linken Ecke das Handdepot für reine Wäsche.

Zweiter Stock:

In der Mitte die Lehrmittelsammlung, Laboratorien und das Museum.

In der rechten Ecke Arbeitsräume des Direktors.

In der linken Ecke der Hörsaal.

Linker Seitentrakt:

Im Erdgeschoß, ersten und zweiten Stock Säle für normale Wöchnerinnen.

Im Dachraume Wohnräume für Schwangere.

Rechter Seitentrakt:

Im Erdgeschoß Krankenzimmer für schwache Wöchnerinnen.

Im ersten und zweiten Stock Zimmer für gynäkologische Kranke.

Rückwärtiger Quertrakt:

Links im Erdgeschoß, ersten und zweiten Stock die Kreißabteilungen.

Rechts davon im Erdgeschoß, ersten und zweiten Stock das Schülerinneninternat.

Die Bettenverteilung ergibt folgende Übersicht:

100 Betten für Schwangere,
140 » » gesunde Wöchnerinnen,
25 » » schwache Wöchnerinnen,
25 » » die gynäkologische Abteilung,
100 » » das Schülerinneninternat.

Für septische Wöchnerinnen soll ein Pavillon mit 10 Betten in einer entsprechenden Ausstattung errichtet werden.

Außerdem erhält die Anstalt eine Epidemiebaracke mit vier Abteilungen für je eine Krankheitsform.

Das Wirtschaftsgebäude mit dem Kesselhaus, der Küche und Wäscherei, das Materialiengebäude, das Verwaltungsgebäude und das Leichenhaus werden für die Gebäranstalt und die Findelanstalt gemeinschaftlich sein.

Im Anschlusse an den Vortrag folgt eine Erläuterung der Planskizzen.

Diskussion auf nächste Sitzung verschoben.

II. Lott: Demonstration.

In Anbetracht des Interesses, welches in letzter Zeit der Genitaltuberkulose in vermehrter Weise zugewendet wird, wie es die zahlreichen Publikationen beweisen, sowie insbesondere die Verhandlungen des letzten internationalen Kongresses in Rom, wo dieses Kapitel zu einer längeren Diskussion Veranlassung gab, ferner der Umstand, daß solche Präparate immerhin nicht zu den häufigsten

gehören, veranlassen mich, Ihnen hier zwei Präparate zu zeigen. Das eine, schon über 3 Jahre alt, wurde noch nicht zur Demonstration gebracht, weil ich mir erst über das Verhalten der Kranken in späterer Zeit Sicherheit verschaffen wollte. Das Präparat entstammt einer Frau in mittlerem Alter, deren ganze Familie gesund ist; die Bauchorgane der Frau sind heute noch gesund. Dieselbe kam zu uns mit einer sehr suspekt aussehenden Erosion der Portio, die mich veranlaßte, die Exzision behufs pathologischer Untersuchung vorzunehmen. Das exzidierte Stück ergab ein klares Bild von typischer Tuberkulose, weshalb wir uns zur Totalexstirpation entschlossen. Der weitere Verlauf war vollständig reaktionslos. In dem gewonnenen Uterus ließen sich die Tuberkel gut durch das ganze Endometrium bis zum Tubenwinkel verfolgen, an manchen Stellen sogar bis in die Tube hinein. Die Umgebung des Peritoneum zeigt keinerlei Veränderungen. Es handelte sich hier um eine primäre Affektion der Portio. Auch der Mann, mit dem die Frau geschlechtlich verkehrte, ist vollkommen gesund.

Im Juli d. J. kam wieder eine Frau zu uns, deren Familie ebenfalls vollkommen gesund ist. Es war eine 37jährige Frau, welche 10 Geburten mit gutem Puerperium überstanden hatte. Sie war ziemlich anämisch und litt stets an profusen Menstruationen, die in letzter Zeit ziemlich arg wurden. Es handelte sich um eine hämorrhagische Endometritis, die zur Exkochleation Veranlassung gab. Die Untersuchung des Ausgekratzten ergab eine ganz ausgesprochene Tuberkulose des Endometrium. Die Versuche, die Frau zur Totalexstirpation zu bewegen, schlugen fehl. Vor wenigen Tagen erst kam sie ins Ambulatorium mit der Angabe, daß sie sich seit 5 Wochen sehr elend fühle, Schmerzen in der Unterbauchgegend und im Kreuze habe. Während sich bei der ersten Untersuchung Tuben und Ovarien vollständig gesund fanden, fanden sich bei der jetzigen Untersuchung ganz auffällige Veränderungen: Die Tuben waren ziemlich stark geschwellt und geschlängelt, der Uterus vergrößert. Es wurde die Totalexstirpation ausgeführt und es zeigte sich nun, daß die Tuberkulose weit vorgeschritten war. Und darauf lege ich gerade Gewicht, während auf dem Kongresse darauf hingewiesen wurde, daß solche tuberkulöse Prozesse ganz lokalisiert bleiben, ohne zu weiteren Störungen zu führen. Das Endometrium zeigte sich mit zahlreichen kleinen Knötchen durchsetzt, ebenso finden sich kleine Knötchen am Peritoneum und an den Tuben, sowie in der Substanz des Uterus eingestreut. Diesen Prozeß können wir gewiß nicht als einen lokalen auffassen. Der Verlauf war ein reaktionsloser, die übrigen Organe gesund.

Sitzung vom 16. Dezember 1902.

Vorsitzender: Piskaček; Schriftführer: Regnier.

Diskussion zum Vortrage Piskaček's: Programm zum Neubaue der n.-ö. Landesgebäranstalt.

Schauta: So viel sich aus diesen Skizzen entnehmen läßt, ist das Gebäude im großen und ganzen bezüglich seiner inneren Einteilung sehr gut disponiert. Ich möchte zunächst ihre Aufmerksamkeit lenken auf die gesamte Größe des Gebäudes; dieselbe wird gegeben durch die Anzahl der Betten, von denen 300 in Aussicht genommen wurden. Diese Zahl bedeutet eine wesentliche Vermehrung gegenüber der jetzt bestehenden Anzahl von Betten; und da wir nun annehmen und hoffen wollen, daß sich die Anzahl der Geburten gleich bleiben werde, so bedeutet diese Zahl jedenfalls eine bedeutende Besserung der Verhältnisse, aber keinesfalls noch einen Überfluß. Um mir darüber Rechenschaft zu geben, habe ich aus der von mir verfaßten Jubiläumsschrift, in der sämtliche Gebäranstalten Revue passiert werden mußten, die Zahlen herausgehoben, welche das Verhältnis zwischen der Zahl der Betten und der stattfindenden Geburten ersichtlich machen. Es fanden sich nun folgende Verhältnisse:

Wien	1:18,
Prag	1:10,

Graz	1 : 8,
Brünn	1 : 6,
Linz	1 : 5,
Lemberg	1 : 10,
Innsbruck	1 : 6,
Neue Anstalt	1 : 10.

Sie ersehen daraus, in welchem außerordentlich ungünstigem Verhältnisse wir uns in der jetzigen Gebäranstalt befinden. In der neuen Anstalt werden 300 Betten ca. 3000 Geburten gegenüberstehen, das Verhältnis 1 : 10 also ein wesentlich günstigeres sein. Von einem Luxus ist keine Rede, die Verhältnisse werden noch immer recht knappe sein.

Umsomehr hat mich der Passus in dem Elaborate Prof. Piskaček's mit Bedauern erfüllt, in dem gesagt wird, daß unseren Ärztekliniken in dem zukünftigen Neubaue nur je 200 Betten zugestanden werden sollen. Ich muß sagen, daß dann die Verhältnisse dieselben schlechten bleiben würden wie jetzt. Ich habe jetzt 196 Betten und die kleine Differenz würde das jetzige Verhältnis 1 : 18 nicht wesentlich bessern.

Allerdings gäbe es eine Abhilfe, wenn die Geburten verringert würden, das können wir aber und wollen wir auch nicht wünschen. Ich glaube, daß wir jetzt schon von dieser Tatsache Notiz nehmen sollen.

Was die weitere Dispositition des Gebäudes anlangt, so hat es mir gefallen, daß in allen Stockwerken neben den Wöchnerinnenzimmern auch Kreißzimmer sich befinden, und daß 6 Kreißzimmer vorhanden sind. Dies hat den Vorteil, daß man die Trakte alternierend benützen kann. Nur glaube ich, daß auch hier manches fehlt. So fehlen kleinere Zimmer für Eklamptische, die isoliert werden müssen, für Fiebernde aber nicht sicher Septische; es ist zwar ein septischer Trakt da, man kann aber doch nicht fiebernde Personen gleich auf den septischen Trakt legen, da ja oft das Fieber, nach der Geburt rasch abfällt. Er fehlen ferner Isolierzimmer für außen Untersuchte. Dann fehlt ein Operationszimmer; es soll bei jedem Trakte ein Operationszimmer sein. Ich glaube, daß es sich empfehlen würde, von diesen 6 Zimmern 3 auf kleinere Räume zur Isolierung abzuteilen. Bei den Hörsälen fehlt ein Vorbereitungszimmer; es wäre gut, wenn kleine Zimmer vorhanden wären, in denen die Frauen vor dem Unterrichte untergebracht werden könnten.

Da möchte ich bezüglich der Krankenzimmer eine Bemerkung machen. Im großen Ganzen sind hier 55 Betten; diese Zahl scheint mir zu hoch gegriffen und ich muß annehmen, daß bei dieser Anordnung der Herr Kollege bezüglich der Anstalt etwas pessimistisch urteilt. 55 : 300 ist viel zu viel, wenn man annimmt, daß sich die Asepsis nicht verschlimmern wird.

Was die gynäkologische Station betrifft, so ist dieselbe im ersten und zweiten Stock angeordnet; das Operationszimmer befindet sich aber im ersten Stockwerke und ich halte es daher für wünschenswert, daß hier ein dritter Aufzug wäre. Es sind aber nur zwei Aufzüge, bei der Aufnahmekanzlei und beim Trakte der Wöchnerinnen.

Was den Bau anlangt, habe ich noch Folgendes einzuwenden: Bei einem so großen Areale braucht man nicht die Gebäude ineinander zu schachteln. Der Hof ist nicht so groß, wenn man bedenkt, daß das Gebäude einen vierten Stock hat und dieser eingebaute Trakt nimmt doch viel weg. In dem Trakte selbst wird noch etwas Lichtmangel sein. Wenn man bedenkt, daß die Operationssäle einem vierstöckigen Gebäude gegenüberstehen in ca. 26 m Entfernung, so ist es wahrscheinlich, daß an trüben Tagen noch weniger Licht sein wird.

Es ist ferner noch folgendes zu bedenken: Der Zugang zum ersten Stock des Operationspavillons ist kein fest gemauerter, sondern geht auf eigenen Traversen, es muß dies daher eine fliegende Brücke sein, die der Ingenieur hauptsächlich aus Glas und Eisen machen wird; es wird daher, da dieser Raum im Winter schwer zu heizen ist, hier sehr kalt sein. Die frisch Operierten werden aber über diesen Trakt hinübergeführt werden müssen. Ich würde daher diesen

Flügel aus dem Hofe an die Westseite des Gebäudes hinausverlegen, wobei die Verbindung durch einen kurzen Korridor aufrecht bleiben könnte. Dadurch würde ein großer Hof zur Verfügung stehen, es wäre Licht und Luft gewonnen; es kostet nicht mehr und das Areal ist da.

Was die Größe der Kreißzimmer betrifft, so läßt sich die Größe schwer bestimmen, wenn man nicht den Modus der Aufnahme kennt. Dieser wird aber ein ganz anderer sein als jetzt. Jetzt hat jede Klinik 12 Stunden Aufnahme und 24 Stunden Pause. Gebärende werden natürlich nicht abgewiesen werden können. Das Material wird sich hauptsächlich aus Schwangeren rekrutieren und dadurch wird eine gleichmäßige Verteilung stattfinden, es werden dadurch nicht so große Kreißzimmer notwendig werden, da auch die Aufnahme eine mehr gleichmäßig wird und die Zahl der Geburten sich nicht so auf Tage und Stunden zusammendrängen wird wie jetzt. In einem großen Kreißzimmer ist stets zu viel Bewegung und Unruhe und diese wirken auf die Psyche der Gebärenden nicht günstig ein.

Ich habe ferner ein Bedenken dagegen, daß die eine Öffnung des Hofes gerade nach Südwesten sieht. Wir haben hauptsächlich die Windrichtung von Südwesten und von daher kommen gar arge Stürme; es bildet der Hof dann einen Windfang, der sehr große Unannehmlichkeiten für sich hat. Es wird auf den Korridoren stets einen furchtbaren Luftzug geben; da die Fenster nie gut schließen, wird es auf den Korridoren auch sehr kalt sein, wenn auch geheizt wird. Und gerade auf den Korridoren spielt sielt sich der ganze Verkehr der Wöchnerinnen und Ärzte ab. Es wäre daher ratsam, diese Öffnung nach Nordosten zu verlegen.

Die Anordnung der abgeteilten Korridore im Nordtrakte gefällt mir auch nicht. Dieselben sollen durch eine $2^1/_2$ m hohe Glaswand abgetrennt sein. Dadurch entstehen tote Räume, die nirgends direkt mit der Außenwelt in Verbindung stehen. Ich halte solche tote Räume in einer Gebäranstalt nicht für zweckmäßig.

Chrobak: Ich muß mich vollständig den Ausführungen Schauta's anschließen und möchte nur auch noch besonders betonen, daß der kleinere Einbau eine große Anzahl von Ecken und toten Räumen macht, die man lieber vermeiden sollte, da dann die Ablagerung von viel Staub, Blättern etc. stattfindet. — Ich möchte noch bemerken, daß mir die Teilung der gynäkologischen Klinik in eine Menge von kleinen Zimmern, so angenehm sie ist, gewisse Bedenken erregt. Man braucht für die vielen Zimmer viel mehr Wärterinnen; ich würde es nicht wagen und halte es nicht für möglich, mit wenigen Wärterinnen auszukommen, da eine Wärterin nicht gut mehr als zwei Zimmer versorgen kann. Jedenfalls muß man darauf gefaßt sein, daß unter diesen Verhältnissen ein großes Wartepersonal nötig sein wird.

G. Braun: Ich habe nichts gegen das, was beide Vorredner vorgebracht haben, einzuwenden. Ich möchte nur fragen, ob die Unterbringung der Schwangeren in Dachräumen doch nicht eine etwas bedenkliche ist, denn im Sommer sind sie zu großer Hitze ausgesetzt, im Winter der Kälte. Wie ist es ferner mit den Materialverwaltungsangelegenheiten, wie sollten diese untergebracht werden? Ich habe nichts davon gehört.

Piskaček: Ich danke zunächst für die wertvollen Winke und werde auf dieselben auch bei den Komiteesitzungen zu sprechen kommen. Was ich mir vorzutragen erlaubt habe, ist vorderhand reine Privatsache. Die Skizzen sind von mir entworfen.

Hinsichtlich der fehlenden Operationszimmer habe ich mir gedacht, daß Operationen im zweiten Kreißzimmer vorgenommen werden könnten. Ich habe nur den Ausdruck »Operationszimmer« vermieden und statt dessen die Bezeichnung »kleines Kreißzimmer« gewählt.

Was die Aufnahme anlangt, ist offiziell noch nichts bestimmt. Ich stelle mir die Sache so vor, daß die Aufnahme Schwangerer derart erfolgt, daß zunächst die Bettenanzahl in den Kliniken komplett wird und die überschüssigen Schwangeren in die neue Anstalt geschickt werden; oder es müßten Aufnahmebezirke

geschaffen werden, sowohl in der Stadt als auch auf dem Lande. Gebärende müssen natürlich aufgenommen werden, wohin sie kommen. Schwangere kann man, wenn sie gehen können, kurz abweisen und nach einer anderen Aufnahmestelle senden. Es ist dies eine Angelegenheit, die erst diskutiert werden muß.

Was ferner den Platz für das Gebäude betrifft, war dieser schwer zu bestimmen. Ich hatte den Auftrag, das Gebäude auf den oberen Gründen südlich der zu verlängernden Höhnegasse zu plazieren, und dort ist ein sehr unebenes Terrain, so daß es mir nicht möglich war, einen Block aufzustellen oder mich im Pavillonsystem zu entfalten. Dann bekam ich die Ermächtigung, den unteren Grund zu verwerten, und glaube, den günstigsten Platz erwählt zu haben. Selbst wenn das Hauptgebäude auf diese Stelle kommt, werden Niveauschwierigkeiten zu überwinden sein.

Was den Einwand G. Braun's anlangt bezüglich der Unterbringung der Schwangeren, so teile ich seine Ansicht. Es kann aber leicht die Behausung der Schwangeren mit jener der Schülerinnen getauscht werden, da für beide die Bettenanzahl ungefähr gleich hoch angesetzt ist.

G. Braun: Es sind für eine Person und ihr Kind 45 cbm Luftraum in Aussicht genommen, das ist sehr wenig.

Piskaček: 45 cbm dürften bei einer gut funktionierenden Ventilation genügen. Dresden hat 57 cbm. Bezüglich der Betten für kranke Wöchnerinnen habe ich 25 und nicht 55 in Aussicht genommen; die übrigen Betten sind für gynäkologische Kranke bestimmt.

Schauta: Ich habe den Eindruck, als habe sich der Herr Kollege sehr durch das unebene Terrain bei der Anlage des Gebäudes beeinflussen lassen. Dieses spielt aber keine Rolle. Das Terrain, auf dem die zukünftige Landesgebäranstalt erbaut werden soll, ist ja nicht einmal so uneben wie das der künftigen Universitätskliniken auf dem Areale der jetzigen Irrenanstalt. Dabei ist es so groß, daß ich nicht einsehe, daß sich die Sache nicht beheben ließe. Das macht keine großen Schwierigkeiten und kostet nur Geld. Wenn man etwas Neues schafft, so kann und darf es auf Geld allein nicht ankommen. Ich würde mich nicht beeinflussen lassen und es könnten die Pavillons in Etagen übereinander stehen, was außerordentlich günstig ist. In einem so koupierten Terrain muß man eben abgraben; das ist nur eine Kostenfrage.

Piskaček: Es soll auch die Findelanstalt hinkommen und diese wird einen großen Raum einnehmen. Die räumliche Ausdehnung wird eine große sein. Auf der unteren Parzelle sollen die Baracken für Septische, das Wirtschaftsgebäude, das Maschinenhaus, die Küche und die Wäsche für beide Anstalten kommen; ferner die Gebäude für die Materialien, das Wäschedepot, ferner auch wahrscheinlich die Verwaltungskanzlei für beide Anstalten. Es wird daselbst eine große Anzahl von einzelnen Gebäuden die Aufstellung finden.

II. Wechsberg (als Gast): Demonstration eines cystischen Tumors des Beckenbindegewebes.
(Erscheint ausführlich.)

Neueste Literatur.

4) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLVIII. Hft. 3.

1) G. Vogel (Aachen). Kasuistische Mitteilungen aus der Würzburger Universitäts-Frauenklinik.

Im ersten Falle wird eine exzessive Wucherung der Decidua am Ende der Gravidität bei einer 19jährigen Igebärenden beschrieben. Der Muttermund erschien nach vielstündigem Kreißen als ein wenig erhabener, einmarkstückgroßer Ring, der unmittelbar in eine mit ihm fest verwachsene, dunkelbraunrote, mit großen Venen durchsetzte Membran überging. Diese Membran wurde wegen

Stillstandes der Geburt unter starker Blutung mit dem Messer durchschnitten, u n in der Schnittöffnung erschien die sich vorwölbende Fruchtblase. Nach Sprengen der Blase und Inzision des Muttermundes Extraktion des Kindes mittels Forceps. An den im übrigen vollständig ausgestoßenen Nachgeburtsteilen fehlte die Decidua, die als vollständige Membran im Uterus verblieb, seine ganze Innenfläche auskleidend; ein Versuch, sie abzulösen, mußte wegen starker Blutung aufgegeben werden. Diese 1 cm dicke Membran zeigte mikroskopisch Rundzelleninfiltration und ausgesprochene End- und Periarteriitis.

Der Fall stellt ein Unikum dar, die Anamnese ergab nichts, was für voraufgegangene Lues gesprochen hätte.

Es folgen vier Fälle von Prolaps der Placenta, die Verf. im Laufe von 2 Jahren in der Würzburger Poliklinik beobachtet hat. Der Placentarprolaps wird gewöhnlich auf Endometritis oder auf Nierenstörungen zurückgeführt; in diesen Fällen war die Ätiologie in erster Linie von rein mechanischen Momenten abhängig zu machen, nämlich der schnellen Entleerung des Uterus bei Hydramnion oder bei Zwillingsgeburten.

Als letzter Fall folgt die Beobachtung einer Facialislähmung bei einem Kaiserschnittskinde. Das Kind stellte sich in II. Stirnlage zur Geburt, das Becken war erheblich osteomalakisch verengt; Verf. führte mit günstigem Erfolge für Mutter und Kind den Kaiserschnitt nach Porro aus. Das Kind zeigte eine linksseitige Facialisparese, die so entstanden zu denken ist, daß der Kopf des Kindes und damit die Austrittsstelle des N. facialis unter dem Einflusse der Wehen stark gegen den bei dem osteomalakischen Becken vorhandenen Knick des linken horizontalen Schambeinastes gedrückt worden war.

2) C. Schambacher (Straßburg). Über wahre und vorgetäuschte Tubarschwangerschaft.

Unter 14 Fällen, in denen klinisch Tubargravidität mit Folgeerscheinungen diagnostiziert worden war, wurde durch die Operation bloß 10mal die gestellte Diagnose bestätigt, in den übrigen 4 Fällen war eine Tubarschwangerschaft überhaupt nicht vorhanden. Die 10 Fälle mit richtiger Diagnose verteilen sich in der Weise, daß es sich 2mal um Tubenruptur in den ersten Wochen, 6mal um Tubenruptur im 2.—3. Monate und 2mal um Tubenabort handelte. Die beiden erstgenannten, hervorragend instruktiven Fälle finden in der Arbeit eine besonders eingehende Besprechung.

Die 4 Fälle, bei denen der Symptomenkomplex fälschlich zur Diagnose Tubenruptur geführt hatte, betrafen 1mal Hämatosalpinxbildung nach Pneumonie, 1mal Riß im hinteren Blatte des Lig. lat. mit Eröffnung einer größeren Vene und bedeutendem Blutergusse in die freie Bauchhöhle und 2mal Salpingitis chron. haemorrhagica mit viel flüssigem Blute zwischen den Därmen. Besonders die letzteren beiden Fälle glichen grobanatomisch so sehr dem Befunde bei Tubenabort, daß erst die mikroskopische Untersuchung das absolute Fehlen von Schwangerschaftsprodukten nachwies.

Verf. betont mit Recht, daß in der Literatur die Salpingitis haemorrhag. als Ursache einer scheinbaren ektopischen Gravidität bisher nicht genügend Würdigung gefunden hat. Zur Sicherung der Diagnose muß das exstirpierte Präparat unter allen Umständen makro- und mikroskopisch genau beschrieben und beim Fehlen eines Fötus in Serienschnitte zerlegt werden, um etwaige Schwangerschaftsprodukte nachzuweisen.

3) O. Küstner. Die plastische Verwendung der Portio supravaginalis zum Verschlusse von Blasen-Scheidenfisteln.

K. macht einen Querschnitt dicht vor der Portio wie beim Beginne der Totalexstirpation des Uterus und löst die Blase von der Cervix bis in die Nähe der Plica vesico-uterina ab. Von den Enden des Querschnittes wird ein bogenförmiger zweiter Schnitt um die Fistel herumgeführt und durch Spaltung des untenliegenden Gewebes auf 1 cm Breite ausgedehnt. Die Fistelränder sind durch die Ablösung der Blase von der Cervix in hohem Grade beweglich geworden, es gelingt daher leicht, entsprechende Stellen des Wundrandes der Portio mit den Rändern des

bogenförmigen Schnittes zu vereinigen. K. verwendet als Nahtmaterial Bronzedraht. Bleibt zwischen dem bogenförmigen Schnitte und dem Querschnitte Scheidenschleimhaut in größerer Ausdehnung stehen, so wird sie abpräpariert, und die Wundfläche wird durch versenkte Katgutsuturen, die event. die Fistelränder isoliert vereinigen, unter der oberflächlichen Bronzedrahtnaht für sich vernäht.

Die Krankengeschichten von elf nach diesen Grundsätzen mit bestem Erfolge operierten Fistelkranken werden mitgeteilt. In einigen Fällen wurde statt des bloßen Querschnittes vor der Portio die ganze Portio umschnitten und sogar der hintere Douglas eröffnet, um eine genügende Beweglichkeit der Fistel zu erzielen.

Ein gegenüber dem Fistelleiden geringfügiger Nachteil der Operationsmethode ist darin zu erblicken, daß nach Naht der Fistel der Uterus tiefer als normal steht, so daß bei sehr erheblichen Fisteln ein partieller Uterusprolaps die Folge sein kann.

4) E. Opitz. Zur histologischen Diagnose des Abortes. Erwiderung auf den Aufsatz von Seitz in Bd. XLVIII Hft. 1 dieser Zeitschrift.

Seitz hat vor kurzem die von O. als charakteristische Merkmale einer vorhergegangenen Schwangerschaft angegebenen histologischen Befunde an durch Abrasio gewonnenen Schleimhautstückchen des Uterus in Frage gezogen und behauptet, daß er die gleichen Befunde zweimal an Uterusgeschabseln von Pat. erhoben hätte, bei denen mit Sicherheit eine Schwangerschaft nicht voraufgegangen wäre.

Der vorliegende Aufsatz stellt eine Polemik gegenüber diesen Behauptungen Seitz's dar, indem O. in vollem Umfange die Richtigkeit seiner früheren Mitteilungen aufrecht erhält und zeigt, daß Seitz bei aufmerksamer Lektüre des Aufsatzes von O. in seinen Fällen unter keinen Umständen an voraufgegangene Gravidität hätte denken dürfen. Um weiteren Mißverständnissen dieser Art vorzubeugen, fügt O. seiner Arbeit zwei Abbildungen von charakteristischen Schwangerschaftsdrüsen bei.

5) O. Nebesky (München). Beitrag zur klinischen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen.

Schon seit 3 Jahren werden in der Münchener II. gynäkologischen Klinik entzündliche Adnexerkrankungen im allgemeinen konservativ behandelt, indem operative Eingriffe nur ausnahmsweise vorgenommen werden. Verf. berichtet in der vorliegenden Arbeit über alle Fälle von entzündlichen Adnexerkrankungen, die im Laufe von 2 Jahren, von Mitte 1899 bis Mitte 1901[1], der exspektativkonservativen Therapie unterworfen wurden. Die Gesamtzahl der Fälle belief sich auf 360, von denen 240 als leichte, der Rest als schwere zu bezeichnen waren. Bei diesen letzteren übertraf die Tubenschwellung stets die Dicke eines Fingers, es wurde bei ihnen mit Sicherheit ein größerer, im Becken gelegener Eiterherd angenommen.

Unter den leichteren Fällen beruhte die Erkrankung bei 147 Pat., unter den schwereren sogar bei 104 Kranken mit großer Wahrscheinlichkeit wenn nicht Sicherheit auf Gonorrhoe.

Bei zwei Kranken entstanden durch Ruptur einer Pyosalpinx gonorrhoica schwere diffuse Peritonitiden, die beide Male ohne Operation zurückgingen, so daß die Pat. geheilt oder gebessert entlassen werden konnten.

Therapeutisch mußten die Kranken neben guter Ernährung und Fernhalten aller Schädlichkeiten so lange absolute Bettruhe innehalten, bis die Adnextumoren objektiv eine wesentliche Besserung erkennen ließen. Bei Vorhandensein von akuten Krankheitserscheinungen wurde jede lokale Behandlung unterlassen, nur bei heftigen Schmerzen wurde gelegentlich eine leichte Eisblase auf den Unterleib gelegt. Sobald die Erkrankung in das chronische Stadium übergetreten war, ging man zu der energischen Anwendung von resorptiven Mitteln über. Es kamen in Frage und wurden je nach den Verhältnissen angewendet Hydrotherapie, Heißluftbehandlung, Belastungstherapie, Ichthyol- und Alkoholbehandlung; zum Schlusse der Kur bekamen die Kranken heiße Sitzbäder und wurden bimanuell massiert.

Bei konsequent durchgeführter konservativer Behandlung läßt sich gewöhnlich nach $^1/_4$ Jahre eine deutliche Besserung der Adnextumoren feststellen, nach $^1/_2$ Jahre pflegt der Erfolg schon ein so günstiger zu sein, daß dann nur wenige Kranke sich noch zu einer Operation entschließen. Wenn die monatelang fortgesetzte konservative Behandlung keinen Erfolg erkennen läßt, erst dann kommt die Vornahme einer Operation in Frage.

In dem Zeitraume, welchen Verf.s Arbeit umfaßt, wurden 50 Adnexoperationen ausgeführt, und zwar vorwiegend im ersten Jahre. Diese 50 Fälle zerfallen in 27 Fälle von einseitiger, in 2 Fälle von doppelseitiger Entfernung der Anhänge und in 21 Fälle von Totalexstirpation der ganzen inneren Genitalien.

6) R. Emanuel (Charlottenburg). Über Tumoren des Ligamentum rotundum uteri.

Geschwulstbildungen des Lig. rotundum, namentlich der Bindegewebsreihe angehörende, kommen weit häufiger vor als im allgemeinen angenommen wird. Verf. hat aus der Literatur 76 Fälle dieser Art zusammengestellt. Ausführlich berichtet er über vier eigene Beobachtungen, die sowohl hinsichtlich ihres Sitzes wie ihres anatomischen Baues als typisch für die Tumoren des Lig. rotundum anzusehen sind.

Die Präparate in den drei ersten Fällen wurden durch Operation gewonnen bei Frauen, deren Alter zwischen 31 und 22 Jahren schwankte. Die Tumoren waren etwa taubeneigroß und hatten sich im distalsten Ende des Lig. rotundum vor dem äußeren Leistenringe entwickelt. Ihrer histologischen Zusammensetzung nach waren die Geschwülste in den beiden ersten Fällen als Fibromyoma lymphangiectaticum zu bezeichnen, wobei der Tumor im ersten Falle noch drüsige, vom Wolff'schen Körper abstammende Einschlüsse enthielt. Im dritten Falle handelte es sich um ein reines Fibrom, das in seinem Innern ein Hämatom älteren Datums aufwies. Die vierte Beobachtung machte man zufällig bei der Sektion einer an Carcinoma uteri verstorbenen Frau. Ca. 4 cm von der linken Uteruskante entfernt wurde ein intraperitoneal gelegener, vom Lig. rotundum ausgehender Geschwulstknoten von Kleinwalnußgröße gefunden, der mikroskopisch ein reines Fibrom darstellte.

E. bespricht sämtliche Fälle von Tumorbildung des Lig. rotundem aus der ganzen Literatur. Die Geschwülste waren — mit Zugrundelegung des von Sänger vorgeschlagenen Einteilungsprinzipes — 58mal extraperitoneal vor dem Annulus inguin. ext. und nur 18mal innerhalb des Beckens gelegen; ein Fall von intrakanalikulärem Sitze der Geschwulst ist bisher nicht beschrieben worden. Es überwiegen sowohl bei den innerhalb der Bauchhöhle wie bei den extrapelvin gelegenen Tumoren bei weitem die Fibrome, die Fibromyome und die lymphangiektatischen Myome alle andere Arten von Geschwülsten des Lig. rotundum.

Scheunemann (Stettin).

---

5) Archiv für Gynäkologie Bd. LXVII. Hft. 3.

1) C. Hahl (Helsingfors). Untersuchungen über das Verhältnis der weißen Blutkörperchen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Die Untersuchungen des Verf. wurden auf Anregung des Prof. Heinricius in der Entbindungsanstalt von Helsingfors an 36 Schwangeren vor, während und nach der Geburt vorgenommen und mit Anwendung der modernsten technischen Hilfsmittel durchgeführt. Die literarische Übersicht in der Einleitung zeigt, wie groß die Anzahl der Voruntersucher gewesen ist. Auch Verf., dessen Resultate in einer übersichtlichen Tabelle wiedergegeben werden, kommt zu dem Resultate, daß hauptsächlich inter partum eine bedeutende Hyperleukocytose vorhanden ist. Ist die Vermehrung der weißen Körper in der Schwangerschaft als sehr gering zu bezeichnen, so wird sie stark mit dem Moment, wo der Uterus seine Tätigkeit beginnt. Das war besonders deutlich in den Fällen von Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Durchschnittlich kommt Verf. auf die Zahl von 14500 im

Kubikmillimeter. Im Wochenbette klingt die Hyperleukocytose allmählich ab. Des weiteren stellte Verf. mittels Fixierung und Färbung nach v. Willebrand mit Methylenblau-Eosin-Essigsäure fest, daß diese Hyperleukocytose hauptsächlich durch Vermehrung der polynukleären neutrophilen Zellen bedingt ist, während die eosinophilen Zellen während dieser Zeit relativ wie absolut verringert sind. Im Ehrlich'schen Sinne handelt es sich also um eine aktive Hyperleukocytose, die wahrscheinlich durch positiv chemotaktisch wirkende Körper erzeugt wird, welche während der Schwangerschaft produziert werden. Durch die Tätigkeit des Uterus werden die Leukocyten in größerer Menge in den allgemeinen Blutkreislauf gebracht, vielleicht auch jene chemotaktischen Elemente, die dann um so kräftiger weiter wirken. Diese Erklärungen bewegen sich allerdings auf hypothetischem Gebiete.

2) B. H. Jägerroos (Helsingfors). Studien über den Eiweiß-, Phosphor- und Salzumsatz während der Gravidität.

Im Laboratorium der geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik in Helsingfors führte Verf. an 6 Hunden genaue Stickstoffumsatzversuche aus, die sich auf eine Vorperiode, die Trächtigkeitsperiode und Laktationsperiode erstreckten, und allen Forderungen gerecht werden, die man heute an derartige Versuche stellen darf. Insbesondere wurde auch der Einfluß von stickstoffreicher, stickstoffarmer Nahrung und Nahrung mit mittlerem Stickstoffgehalte berücksichtigt. Nebenbei wurde bei stickstoffarmer Kost der Phosphor- und Salzumsatz untersucht. Von den sechs Versuchen wurden fünf für die 23 Tabellen, die die Resultate der Arbeit zahlenmäßig erklären, verwendet. Näheres über die mühevollen Versuche und ihre Technik muß im Originale nachgelesen werden. Unter Mitberücksichtigung der Arbeiten Hagemann's und Ver Eecke's auf demselben Gebiete kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

In fast allen Versuchen ist eine kürzere oder längere Periode mit gesteigertem Eiweißzerfalle vorgekommen (Verlustperiode). Ob diese als durch die Schwangerschaft oder durch eine andere zufällige Ursache bedingt anzusehen ist, läßt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden. Da unter sechs an Hündinnen ausgeführten Versuchen die Verlustperiode bei fünf in die erste Hälfte der Schwangerschaft gefallen ist, so ist die Annahme, daß dies etwas für die Schwangerschaft Charakteristisches bei der Hündin ist, sehr einleuchtend.

Abgesehen von der Verlustperiode ist der Organismus durch eine strenge Sparsamkeit bestrebt, die durch die Schwangerschaft verursachten gesteigerten Stickstoffausgaben aufzuwägen. Von Umständen, die wenigstens zum vorwiegenden Teile nicht mit der Schwangerschaft in Verbindung stehen, ist es abhängig, ob dies gelingt oder nicht.

Zwischen Stickstoffumsatz und Phosphor- und Salzumsatz herrscht vorwiegend ein Parallelismus. Auch während der Laktationszeit scheint der tierische Organismus unter geeigneten Nebenumständen bestrebt und imstande zu sein, Ersparnisse zur Begleichung der durch die Milchsekretion vermehrten Ausgaben zu erzielen.

Die Frage, ob Organ- oder circulierendes Eiweiß für den Bau des Fötus verwendet wird, ist dahin zu beantworten, daß wahrscheinlich sowohl Organ- wie circulierendes Erweiß für den erwähnten Zweck dienen kann.

Verf. ist jedenfalls mit seinen Schlußfolgerungen außerordentlich vorsichtig, und führt u. a. eine Reihe von Tatsachen an, die beweisen, daß sich die Umsatzverhältnisse in der Trächtigkeit bei verschiedenen Tierarten in durchaus verschiedener Weise gestalten können.

3) G. Bamberg. Über Elephantiasis vulvae chronica ulcerosa (syphilitica).

Bekanntlich sind die Meinungen über die Natur dieser Krankheit, die auch unter dem Namen Ulcus rodens oder Elephantiasis vulvae beschrieben ist, sehr verschieden, wie die Zusammenstellung der über sie existierenden Literatur in der vorliegenden Arbeit gleichfalls ergiebt. In den meisten Fällen wird unberechtigterweise ohne Tuberkel- und Tuberkelbasillenbefund auf die bloße Beobachtung

von Riesenzellen hin die Diagnose Lupus vulvae gestellt. So auch in den beiden von Richard Freund veröffentlichten Fällen. Ihnen stellt Verf. zwei in der Poliklinik von Strassmann und dessen Privatpraxis beobachtete gleichartige Krankengeschichten gegenüber, bei denen aus der Anamnese in dem einen, aus der erfolgreichen Therapie mit Jodkali in dem anderen Falle die luetische Basis der elephantiastischen Schwellungen der Vulva und der oft die Urethra destruierenden Ulcerationen erhellt. Mit Schröder und Hofmeier hält Verf. die überwiegende Mehrzahl der chronischen Ulcerationsprozesse der Vulva, die mit elephantiastischen Verdickungen einzelner Teile einhergehen, für luetisch oder auf luetischer Basis entstanden. Zum großen Teile werden sie bei Prostituierten getroffen, deren Geschlechtsteile nach der luetischen Infektion in ihrer Ernährung sehr beeinträchtigt sind, und durch die fortgesetzten Maltraitierungen allgemach in einen Zustand chronischer Entzündung geraten. Die Diagnose Lupus soll nur dann gestellt werden, wenn der Befund makroskopisch und histologisch dem bei Lupus anderer Körperteile entspricht.

4) A. Silberstein. Die Herkunft des Fruchtwassers im menschlichen Ei.

Verf. liefert in dieser Arbeit (Gekrönte Preisschrift, Berlin 1901) einen Beitrag zu der viel umstrittenen Ansicht Gusserow's von der Herkunft des Fruchtwassers aus dem fötalen Harn durch die genaue Beschreibung eines Falles von eineiigen Zwillingen mit einer oligohydramniotischen und einer polyhydramniotischen Frucht. Auf Grund der Schatz'schen Arbeiten über die Acardii und ihre Verwandten und nach dem Vorgange von Strassmann führt Verf. den Nachweis, daß die verschieden großen Fruchtwassermengen in einem direkten Verhältnisse stehen zu der Verschiedenheit in Gewicht, Größe und Struktur, die die für die Harnsekretion der beiden Zwillinge in Betracht kommenden Organe — Herz, Niere, Harnblase — zeigen. Der Polyhydramnios, der sich durch die Asymmetrie des Zottentransfusionsbezirkes im hämodynamischen Übergewichte befindet, weist eine starke Hypertrophie der genannten Organe auf, und ist demnach imstande, durch vermehrte Harnsekretion eine größere Fruchtwassermenge zu produzieren, und vice versa. Diese unter pathologischen Verhältnissen gemachten Beobachtungen geben einen Fingerzeig dafür, daß das Fruchtwasser bestimmte Beziehungen zu den fötalen harnbereitenden Organen hat, von ihnen geliefert wird.

5) A. Ostrčil. Beitrag zur Therapie der Eklampsie.

Ein kurzer Bericht über 92 Fälle, gesammelt aus den Journalen der geburtshilflichen Klinik des Prof. Rubeška 1876—1901. Diese statistische Zusammenstellung im Verein mit seinen früheren Arbeiten über die Pathologie der Eklampsie führen den Verf. zu einem pessimistischen Standpunkte. Selbst die neuesten Theorien über das Wesen der Krankheit sind völlig unbewiesen. Infolgedessen tappt die Therapie im Dunkeln und ist rein empirisch. Sehr oft sind aus kleinen Zahlen ganz unberechtigte therapeutische Schlüsse gezogen worden. Dies geht auch aus den Zahlen des Verf.s hervor, denen er selbst wenig Wert beilegt. Der Wert der therapeutischen Maßnahmen wird ferner unrichtig beurteilt, weil wir die Prognose der Eklampsie nicht sicher stellen können. Verf. zeigt, daß gefährliche Schwangerschaftseklampsien für Geburtseklampsien gehalten werden, daß es falsch ist, jedesmal aus der Zahl der Anfälle auf die Größe der Lebensgefahr zu schließen, daß die Menge des Eiweißes im Urin dafür keinen Anhaltspunkt gewährt. Von einer Nierenentzündung dürfte man überhaupt nicht sprechen. Die Albuminurie, die übrigens ganz fehlen kann, beruht wahrscheinlich auf Circulationsstörungen und hat mit dem Wesen der Krankheit nichts zu tun. Verf. kann sich des Eindruckes nicht erwehren, daß die Eklampsie kein einheitliches Leiden ist, und daß die Verschiedenheit in den therapeutischen Erfolgen in dieser Auffassung aller Fälle von einem gemeinsamen Gesichtspunkte begründet ist. Bei einem großen Teile der Fälle hören die Anfälle auch nach der Geburt nicht auf. Da, wo sie aufhören, geschieht dies durch die Benignität der Krankheit, nicht infolge des operativen Eingriffes. Unsere ganze Therapie, aktive wie medikamentöse,

hat keinen Einfluß auf den Verlauf des Leidens. Die Venaesectio, die 13mal angewendet wurde, ist als ein gutes Aushilfsmittel zu bezeichnen und imstande, insofern günstig zu wirken, als sie die Entstehung des Lungenödems und die Hämorrhagien einschränkt. Auf das Wesen der Krankheit hat sie jedoch ebenso wenig Einfluß wie die Infusion. Zuletzt gibt O. den Rat, den Uterus in schonender Weise zu entleeren, und weist auf die Wichtigkeit der Prophylaxe in der Schwangerschaft hin. Kehren die Anfälle nach der Geburt wieder, so treten die symptomatischen Behandlungsmethoden, wie Einpackungen, Aderlaß und Infusion, und event. auch Narkotika in ihr Recht.

6) Palm. Untersuchungen über die Bedeutung des Mutterkorns und seiner Präparate für die Geburtshilfe, mit spezieller Berücksichtigung des Sphacelotoxins.

Schon längst war man zu der Überzeugung gekommen, daß der Kampf über die Anwendung des Sekale und seiner verschiedenen Präparate nur auf Grund einer völligen Kenntnis der wirksamen Substanzen in der Droge entschieden werden könnte. Eine große Reihe von Arbeiten beschäftigt sich mit dieser wichtigen Frage. Wie die historische Übersicht des Verf. zeigt, hat man bis jetzt diese Substanzen nicht chemisch rein darstellen können; doch haben sich Substanzen gewinnen lassen, die wenigstens in pharmakodynamischem Sinne einheitlich und in ihrer Wirkung wohl charakterisiert sind. Im Gegensatze zu Kobert und Keller, die in dem als Alkaloid charakterisierten Kornutin das wirksame Prinzip des Sekale erblicken, sind neuerdings Meulenhoff und Jacobj, auf dessen Untersuchungen die Arbeit des Verf.s basiert, zu dem Resultate gekommen, daß die wegen ihrer gangränescirenden Wirkung auf den Hahnenkamm von Kobert verworfene Sphacelinsäure, das Sphacelotoxin Jacobj's, der spezifisch wirksame Bestandteil sei. Das unbeständige Sphacelotoxin ist an das Ergochrysin und Sekalin, an und für sich unwirksame Substanzen, gebunden, die durch diese Anlagerung im Sinne des Sphacelotoxins wirksam werden. Jacobj bezeichnet sie als Chrysotoxin und Sekalintoxin, und hat besonders das Natriumsalz des ersteren, das Chrysotoxinnatrium oder Spasmotin, als wasserlöslich und subkutan applizierbar, praktisch verwendbar gefunden. Bei seinen eigenen Versuchen berücksichtigt P. alle bekannteren sog. Ergotinpräparate und findet, daß die wirksamen unter ihnen keinerlei Krampferscheinungen, jedoch sämtlich die bekannte Hahnenkammwirkung auslösen. Auch das nach Kobert allein krampferregende Kornutin bewirkt an Frosch und Maus keine Krämpfe, sondern beim Hahn neben Dyspnoë die Blaufärbung des Kammes. Diese Resultate zusammengehalten mit den entsprechenden chemischen Reaktionen, die die untersuchten Ergotinpräparate geben, weisen darauf hin, daß allein die Sphacelinsäure resp. das Sphacelotoxin den wirksamen Präparaten ihre Wirksamkeit verleiht, und daß auch das Kornutin diesem Stoffe seine Wirksamkeit verdankt.

In einer weiteren Reihe von Tierversuchen, die an trächtigen Säugetieren mit dem Spasmotin Jacobj's vorgenommen wurden, überzeugte sich Verf. von der Richtigkeit der Angabe des Darstellers, daß wir imstande sind, durch Einspritzung dieses Mittels spezifische Kontraktionswirkung auf den Uterus neben nervösen und Darmstörungen hervorzurufen und den Abort herbeizuführen, in der späteren Tragzeit auch die Geburt lebensfähiger lebender Früchte. Die genannten Nebenwirkungen gingen beim Hunde rasch vorüber, und als einziger Nachteil konnte nur eine anfängliche, mehrtägige Verringerung der Milchsekretion wahrgenommen werden. Nachdem die Unschädlichkeit und prompte Wirkung des Chrysotoxinnatrium im Tierversuche dargetan war, prüfte Verf. nach dem Vorgange von Funke in Straßburg das Präparat am Menschen. Zunächst beschränkte sich naturgemäß die Anwendung auf Post partum-Blutungen, mangelhafte Rückbildung und Wehenschwäche in Fällen, wo bei schädlicher Beeinflussung des fötalen Herzschlages die Geburt hätte bald beendet werden können. Erst nachdem hierbei Anhaltspunkte über Stärke der Wirkung und ihre Dauer bei verschiedener Dosierung gewonnen waren, ging Verf. dazu über, auch in frühen Geburtsstadien das Mittel in Anwendung zu ziehen, vor allem in Fällen, wo Indikation zur Ge-

burtsbeschleunigung vorlag, wie bei hohem Fieber, Eklampsie etc. Schließlich verwandte P. das Präparat auch vorsichtig zur Einleitung der Geburt zunächst in Fällen von bedrohlicher Erkrankung der Mutter (hämorrhagische Nephritis) und vornehmlich bei sicher nachgewiesenem Fruchttode. Diese Fälle, zusammen 17, ergeben ein vorzügliches Resultat und eröffnen uns eine glänzende Perspektive für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. In allen Fällen trat die erwünschte Uteruswirkung meist in 30—40 Minuten prompt ein. Für die Bekämpfung der Wehenschwäche scheint 0,02—0,03 g die geeignete, für das kindliche Leben ungefährliche Dosis zu sein, die bei Aufhören der Wirkung nach 2—3 Stunden wiederholt werden kann. Das Spasmotin steht in der bisher üblichen Verwendungsart dem Kornutin mindestens gleich, dürfte jedoch durch seine chemische Einheitlichkeit, die eine genaue Dosierung ermöglicht, das letzte weit überragen und sogar geeignet erscheinen, selbst in frühen Geburtsperioden Verwendung zu finden, eventuell auch zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei lebender Frucht, worüber Verf. noch weitere Versuche anstellt.

7) Lederer. Über die forzierte Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatorium von Bossi.

Bericht über 10 Fälle aus der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag, darunter 1 Placenta praevia, 2 Wehenschwäche, 1 Phthise, 5 Eklampsien. Ein Fall von Eklampsie starb am 9. Tage an Pyämie. Tiefgreifende Verletzungen hat Verf. nach Anwendung der Dilatation nicht beobachtet. Die konstatierten Einrisse konnten auch durch die folgenden Manipulationen (Wendung, Extraktion, manuell und mittels Kranioklast) entstanden sein. Dabei muß jedoch in Betracht gezogen werden, daß 5mal (1 Placenta praevia, 4 Eklampsien) nur bis Marke 6 zur Wendung dilatiert wurde, und daß unter diesen Fällen 2 sind, bei denen am nachfolgenden Kopfe, um den sich der dilatierte Muttermund wieder zusammengezogen hatte, die Perforation ausgeführt wurde, um Zerreißungen zu vermeiden. Von den Kindern kamen überhaupt nur 2 lebensfrisch zur Welt, 3 wurden asphyktisch geboren und starben später. Trotz dieser doch eigentlich nicht sehr ermutigenden Resultate empfiehlt Verf. das Instrument. Für die manuelle Extraktion soll künftig weiter als bis Marke 6 dilatiert werden, oder bei geeigneten Fällen lieber von vornherein die Zange gewählt werden. Für einen guten Erfolg scheint es Verf. von Wichtigkeit, daß das Verfahren nicht als ultima ratio, sondern zielbewußt für sich allein angewendet wird.

8) Keller. Erfahrungen über die schnelle Dilatation der Cervix nach Bossi.

Trotz der vielfach geltend gemachten theoretischen Bedenken sah sich Verf. bewogen, nach der Leopold'schen günstigen Veröffentlichung mit Erlaubnis Gusserow's zur Anwendung des Bossi'schen Instrumentes zu schreiten. Die Nachteile, die Leopold dem Metreurynter beimißt, konnten ihn allerdings weniger hierzu bestimmen als der Umstand, daß die Geburt insbesondere bei Eklampsie bei Vornahme der Metreuryse immer noch viel zu lange dauert. Mit Einschluß der bei der Korrektur nachgetragenen Fälle berichtet Verf. im ganzen über 20 Dilatationen. Die Indikationen weichen nicht von denen anderer Autoren ab; wie andere meint auch Verf., daß der bedeutendste Fortschritt mit der Anwendung des Bossi'schen Verfahrens bei der Behandlung der Eklampsie zu verzeichnen sei. In den Fällen, wo die Cervix ganz oder teilweise verstrichen war, war die Dilatationszeit durchschnittlich 17 Minuten, in den, wo sie ganz oder zum größten Teil erhalten war, durchnittlich 28 Minuten. Dieser Punkt ist sehr wesentlich. Das Verstreichen des Collum wird nicht allein durch die mechanische Dilatation bewirkt. Das Instrument würde in diesen Fällen nicht so schnell wirken, wenn es nicht die Wehen in hohem Grade anregte. Es kommt, wie Bossi sich ausdrückt, neben der mechanischen Wirkung eine dynamische zur Geltung. Weiß man das, so kann man nach dieser die Schnelligkeit der Dilatation korrigieren, und stärkere Verletzungen sicher vermeiden. Der Umstand, daß fünfmal gegen Ende der Dilatation die Blase sprang, wird vom Verf. durch die starke Wehentätigkeit bei noch nicht eingetretenem Kopfe erklärt. Außerdem orientiert sich

Verf. nach dem Gefühle der am Muttermunde liegenden Finger und nach dem Widerstande, der sich beim Aufdrehen des Instrumentes kundgibt, über den Spannungsgrad des Gewebes, und richtet danach die Schnelligkeit der Dilatation. Verf. hat nie eine größere Verletzung erlebt und glaubt, daß sie sich bei Anwendung der nötigen Vorsicht immer vermeiden läßt.

9) B. S. de Smitt (Amsterdam). Zur Kasuistik des Abortus provocatus.

Zwei höchst interessante Fälle, zu deren Erklärung Verf. auf die reiche Literatur über Perforationen und sog. spontane und violente Rupturen des graviden und gebärenden Uterus näher eingeht.

Im ersten Falle, der aus der Privatpraxis des Verf. stammt, liegt ein strangförmiger Tumor oberhalb des Uterus gravidus II mens. vor, der große Beschwerden macht. Bei der Laparotomie findet sich eine starre, sonst freie Dünndarmschlinge, aus der S. nach Inzision zu seinem Erstaunen eine elastische, etwas verdaute Bougie entfernt. Nachträglich gesteht die Pat., daß im 4. Monate der vorhergehenden Schwangerschaft Abtreibung der Frucht mittels eines Gegenstandes erfolgt war, der nicht wieder entfernt wurde. Nach dessen Einführung war Pat. auf der Straße vor Schmerz und Blutung zusammengesunken. Einige Tage später war die Frucht ausgetrieben worden und dann ein längeres Krankenlager gefolgt. — Dieser Fall muß so erklärt werden, daß die eingeführte Bougie den Fundus inkomplett perforiert hatte und stecken geblieben war. Später adhärierte hier eine Dünndarmschlinge, in welche nach Herstellung der Kommunikation das Instrument einwanderte. Zur Begründung seiner Ansicht geht Verf. auf die Berichte über kriminelle und therapeutische Uterusperforationen im speziellen ein.

Im zweiten Falle, aus der Klinik von Treub berichtet, sollte bei einer XIIIpara, die im 7. Monate schwanger war, nach einem leichten Unfalle Blutung und Fieber entstanden sein. Es ließen sich im Abdomen zwei Tumoren feststellen, von denen sich der rechte als Uterus mit haftender Placenta erwies, der linke als großes Hämatom des linken Parametrium mit Fötus. Die linke Uteruswand zeigte im unteren Teile einen großen Riß, der in das Hämatom führte. Nach Amputation des Uterus und Drainage des Hämatoms fieberte Pat. weiter, bis Treub vaginal den Portiostumpf entfernte, nach welchem Eingriff langsam Heilung eintrat. Von großer Wichtigkeit ist der Befund einer teilweise vernarbten Schädelverletzung am Fötus dicht vor der kleinen Fontanelle. — Hier werden zwei Abtreibungsversuche trotz des Leugnens der Pat. angenommen werden müssen. Beim ersten kam es zur Verletzung des kindlichen Schädels, beim zweiten wurde mit größerer Gewalt der Uterus links perforiert. Durch die Öffnung ist infolge Wehentätigkeit der Fötus ins Parametrium getrieben worden. Zur Erklärung dieses interessanten Falles und um die Kriminalität zu begründen, zieht S. die gesamte Literatur über die Ätiologie der Uterusruptur in graviditate und sub partu zu Rate.

(Ref. kennt einen Parallelfall, bei dem in der rechten supravaginalen Cervixkante ein daumendickes Loch vorgefunden wurde, das aus dem Uterus in ein kolossales, rechtsseitiges, subperitoneales Hämatom führte, welches sich aufwärts bis unter die Leber erstreckte und die meisten Fötalknochen eines Fötus IV mens. in mazeriertem resp. verfaultem Zustande enthielt.) **Courant** (Breslau).

Geburtshilfliches.

6) A. Klimpl (Kupferberg). Kasuistische Mitteilungen aus der Praxis.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 44.)

7) A. Stark (Falkenau). Idem.

(Ibid. Nr. 45.)

Bei einer 38jährigen XIpara mit Querlage und Armvorfall wurde nach der leichten Reposition des Armes eine schwierige Wendung mit Extraktion aus-

geführt. Als mehrere Stunden später die manuelle Lösung der Placenta nötig wurde, fand sich im hinteren Scheidengewölbe ein handbreiter, in die freie Bauchhöhle führender Riß, augenscheinlich bei der Wendung entstanden. Tamponade der Scheide mit Jodoformgase, glatte Heilung trotz größter Unsauberkeit des Geburtslagers. Nur eine geringe Schmerzhaftigkeit in der Symphysengegend blieb einige Wochen lang bestehen. —

Bei einer 22jährigen Mehrgebärenden mußte wegen starker Blutung post part. die jetzt adhärente Placenta manuell gelöst werden. Nachdem eine Woche hindurch der Verlauf ein gänzlich ungestörter gewesen war, trat ein »Anfall« auf, der allgemeine Unruhe, starken Kopfschmerz und Erweiterung der linken Pupille hinterließ. Uterus gut involviert, Lochien nicht übelriechend. 2 Tage später abermals ein Ohnmachtsanfall, nach demselben Lähmung des linken Facialis, Parese der linken Extremitäten mit Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung. In den nächsten Tagen leichter Rückgang der Lähmungserscheinungen, Pupillendifferenz jedoch unverändert. Beginnender Dekubitus am Sakrum, subjektiv starker Kopfschmerz und allgemeines Krankheitsgefühl. Am Ende der 2. Woche mehrere neuerliche Anfälle mit verstärkter Lähmung, Exitus. Während der ganzen Zeit kontinuierliches Fieber zwischen 38—38,4°, frequenter, aber voller Puls, Urin frei von Eiweiß und Zucker, keine Herzgeräusche. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Septischer Puerperalprozeß mit ulceröser Endokarditis und multiplen Embolien des Gehirns. Das Fehlen des Schüttelfrostes spricht nicht gegen diese Auffassung, die Geräusche am Herzen können, wie so oft bei dieser Form der Endokarditis, fehlen. Das nicht hohe, aber kontinuierliche Fieber, der volle, frequente Puls und vor allem die Schwere der Allgemeinerscheinungen, sowie ihr Auftreten vor den Ausfallserscheinungen sprechen zu Gunsten dieser Auffassung.

Piering (Prag).

8) **J. Wedeles** (Roßbach). Über Einführung einer geregelten Geburtsbeschau.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 13.)

W. macht den Vorschlag, daß (analog der Totenbeschau) auch eine Geburtsbeschau obligatorisch eingeführt werden solle. Vorteile wären die strengere Überwachung der Hebammen, autoritative Aufklärung über das richtige Verhalten im Wochenbette und über die Pflege des Neugeborenen; dadurch Verhütung mancher Erkrankungen im Wochenbette und Herabsetzung der vielfach noch enormen Kindersterblichkeit, zum mindesten wäre diese Geburtsbeschau imstande, die Ursachen dieser hohen Sterblichkeit näher zu ergründen. **Piering** (Prag).

9) **G. Perondi.** Die Bedeutung der Körperlage für die Geburt.

(Sep.-Abdr. a. d. Rassegna di ost. e gin. 1901.)

Verf. erörtert in Form eines für Hebammen bestimmten Vortrages den Einfluß der verschiedenen Lagerungsarten der Kreißenden, die er nach gewissen Indikationen ausgeübt wissen will. Er unterscheidet sechs sog. »Geburtslagen«, nämlich: die einfache Rückenlage (für normale Geburten), die Seitenlage (ebenfalls bei normalen Geburten, besonders zum Schutze des Dammes und bei sehr kräftigen Wehen, außerdem bei seitlicher Einstellung des Kopfes), die Knie-Ellbogenlage (fast nur zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur oder kleiner Fötalteile), die Steiß-Rückenlage, mit starker Beugung der Oberschenkel (anwendbar bei den im Ausgange verengten Becken: Trichterbecken; außerdem bei erschwertem Austritt der Schultern u. dgl.), dann die Walcher'sche Hängelage, und endlich die sog. »klassische« Geburtslage, d. h. Querlage, Querbett (für operative Entbindungen).

H. Bartsch (Heidelberg).

10) **V. Greco** (Palermo). Beitrag zur Ätiologie und Behandlung der Placenta praevia.

(Rassegna di ost. e gin. 1902. Nr. 5—9.)

Verf. legt seinen Ausführungen 42 Fälle von Placenta praevia aus der geburtshilflichen Klinik in Palermo zugrunde; diese Zahl entspricht einem Prozentsatze

von 2,14 (!), im Verhältnis zu allen beobachteten Geburten. In 3 Fällen handelte es sich um Placenta praevia centralis, in 36 um Placenta praevia marginalis, in 3 um lateralis. Nur 2mal kam die Placenta praevia bei Erstgebärenden zur Beobachtung, dagegen 40mal bei Mehrgebärenden; unter den letzteren waren 9 mit mehr als 7 Schwangerschaften. In keinem Falle ließ sich eine vorausgegangene Endometritis nachweisen. Nur in 14 Fällen erreichte die Schwangerschaft das normale Ende. In 29 Fällen bestand Schädellage, in 7 Fällen Beckenendlage, in 6 Querlage. Die Einzelheiten der Behandlung müssen im Originale nachgelesen werden; hervorgehoben sei nur: in 12 Fällen wurde die »partielle Ablösung der Placenta« vorgenommen, in 30 Fällen die Tamponade des unteren Uterinabschnittes und der Vagina; die Wendung wurde im ganzen 23mal ausgeführt (darunter 17mal nach Braxton-Hicks). Die mütterliche Mortalität betrug 9,52%, die fötale 65%.

Was die Ätiologie der Placenta praevia betrifft, so steht Verf. auf dem Standpunkte, daß verschiedene Ursachen wirksam sein können: einmal eine abnorm tiefe Insertion des befruchteten Eies, vielleicht veranlaßt durch eine größere Weite der Uterushöhle (daher das häufigere Auftreten bei Mehrgebärenden), andererseits eine übernormale Größe des Kuchens (teilweise Bildung aus dem Chorion laeve) bei normaler Eiimplantation. Dagegen wird der Endometritis nur eine untergeordnete Rolle als prädisponierendes Moment eingeräumt.

Die Behandlung der Placenta praevia richtet sich nach verschiedenen Umständen, vor allem nach der Stärke der Blutung und nach dem Zustande der mütterlichen Geburtswege. Von einem allzu forzierten Vorgehen, dem eigentlichen »Accouchement forcé«, wurde abgesehen; ebenso wird die künstliche Frühgeburt als systematische Behandlungsmethode verworfen, außer in den Fällen, wo die drohende Blutung sie absolut notwendig machte. Als die hauptsächlichsten Mittel gegen die Blutung (im Anfange der Geburt) empfiehlt Verf. die Tamponade des Uterovaginalkanals sowie die teilweise Ablösung der Placenta. Diese »partielle Ablösung der Placenta« (auch Barnes'sche Methode) soll der Tamponade vorausgehen, ist aber nicht immer notwendig; das Verfahren besteht darin, daß nach Einführung von 1 oder 2 Fingern das Placentargewebe, soweit es erreichbar ist, von der Uteruswand abgelöst wird. Die Tamponade wird mit Jodoformgaze ausgeführt, die — wenn die Blutung sich nicht wiederholt — 12—24 Stunden liegen bleiben kann; Verf. hat in fast allen Fällen eine prompte Blutstillung erzielt. Vor Anwendung des Mutterkorns in der Eröffnungsperiode wird mit Recht gewarnt. Wenn der Muttermund genügend erweitert war (4—5 cm), wurde die Blase gesprengt. Dies genügte in einer Anzahl von Fällen zum definitiven Stillstande der Blutung, und die Geburt konnte (bei Schädellage) spontan verlaufen. In den meisten Fällen aber wurde die Wendung ausgeführt (bei einer Erweiterung auf 4—5 cm). Die kombinierte Wendung (nach Braxton-Hicks) stellt noch immer die klassische, fundamentale Behandlungsweise der Placenta praevia (neben der Tamponade) vor; bei Querlage ist die Wendung ja ohnehin selbstverständlich. Der Kaiserschnitt wurde niemals ausgeführt. Daß die Gefahr der Placenta praevia auch mit Beendigung der Geburt noch nicht aufgehoben ist, wird durch die 4 Todesfälle des Verf. bewiesen, die sämtlich auf Uterusatonie zurückzuführen sind; die Blutungen post partum erfordern die üblichen Mittel: Massage, Tamponade.

H. Bartsch (Heidelberg).

11) **G. de Maldé** (Piacenza). Beitrag zur Kenntnis der Genese des Hydramnion.

(Rassegna di ost. e gin. 1902. Nr. 4 u. 7.)

Die Frage nach der Entstehung des Hydramnion hängt natürlicherweise aufs innigste zusammen mit der Frage nach dem Ursprunge des Fruchtwassers überhaupt. Die Entstehungsweise des letzteren ist noch nicht völlig aufgeklärt: während die einen Autoren die Transsudation aus den mütterlichen Blutgefäßen der Decidua als die Hauptquelle ansehen, verlegen andere den Ursprung des Fruchtwassers in die Blutgefäße des Fötus und betrachten es im wesentlichen als

ein Transsudat aus denselben, wobei sowohl das subamniotische Gefäßnetz als auch die Nabelvene in Betracht kommen; wieder andere legen das Hauptgewicht auf die Sekretion der fötalen Nieren. Am wahrscheinlichsten ist wohl ein Zusammenwirken verschiedener Ursachen, derart, daß in den ersten Monaten der Schwangerschaft die Transsudation aus den Deciduaigefäßen die wesentliche Quelle des Fruchtwassers bildet, während späterhin der Fötus resp. die Eihüllen den Hauptanteil an der Zusammensetzung desselben haben. Entsprechend dieser Entstehungsweise des Fruchtwassers, gibt es auch verschiedenartige, teils im Fötus, teils in der Mutter gelegene Ursachen des Hydramnion. Als solche kommen vorzugsweise in Betracht: Mißbildungen und Krankheiten (Leberaffektionen, angeborene Herzfehler u. dgl.) des Fötus, Zwillingsschwangerschaft (eineiige), Anomalien des Nabelstranges oder der Placenta, Insertio velamentosa, Krankheiten der Mutter (Kreislaufstörungen). — In dem vom Verf. mitgeteilten Falle handelt es sich ebenfalls um Zwillinge (Frühgeburt). Das Hydramnion (ca. 8—9 Liter) gehörte dem zweiten Fötus an, während die Menge des Fruchtwassers beim ersten Zwilling eine geringe war. Außerdem war der erste Fötus schlechter entwickelt und zeigte mehrfach Drucknekrosen; seine inneren Organe (Herz) hatten geringeres Gewicht als die des zweiten. Die Placenten waren teilweise getrennt; die Nabelschnur des ersten Fötus zeigte velamentöse Insertion. Als ätiologische Momente für die Entstehung des Hydramnion im vorliegenden Falle kommen nach Ansicht des Verf. in Betracht: einmal die Tatsache der doppelten Schwangerschaft, wobei man annehmen muß, daß der hydramniotische Zwilling von Haus aus bessere Ernährungsbedingungen hatte als der andere (seine Placenta inserierte oben im Corpus uteri, während die andere im unteren Uterinsegment saß), und zweitens die velamentöse Insertion des dem schlechter entwickelten Fötus entsprechenden Nabelstranges. Das einmal entwickelte Hydramnion mußte dann weiterhin in rein mechanischer Weise die Ernährung des anderen Fötus beeinträchtigen, woraus die atrophische, fast an den Foetus papyraceus erinnernde Beschaffenheit desselben resultierte.

H. Bartsch (Heidelberg).

12) L. Gigli (Florenz). Versuche über die direkte instrumentelle Beckenmessung an der Lebenden.

(Bollett. de la Soc. Tosc. di ost. e gin. 1902. Nr. 4.)

Die Erwägung, daß nur auf Grund einer exakten Bestimmung der Beckendurchmesser die richtige Indikationsstellung für die — namentlich in Italien und Frankreich in hohem Ansehen stehende — Symphyseotomie gewonnen werden könne, hat den Verf. veranlaßt, das Problem der direkten instrumentellen Beckenmessung aufs neue in Angriff zu nehmen. Das von G. konstruierte neue Pelvimeter hat hauptsächlich die genaue Messung des kleinsten sagittalen Durchmessers (zwischen Promontorium und Symphyse) zum Zwecke. Der Apparat besteht aus zwei Branchen (geknöpften Sonden), deren eine in die Vagina eingeführt wird und das Promontorium berührt, während die andere die Urethra passiert, um den vorderen Meßpunkt zu fixieren. Mit Hilfe eines besonderen Mechanismus (einer intermediären Branche und einer Art Schreibvorrichtung) gelingt es, die Stellung der Teile zueinander derart zu markieren, daß auch nach Herausnahme des Apparates eine genaue Maßbestimmung möglich ist. **H. Bartsch** (Heidelberg).

13) Jaklin (Pilsen). Strictura vaginae als absolutes Geburtshindernis.

(Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

Bei einer 28jährigen IIpara, welche bereits seit 3 Tagen kreißte und welche 7 Jahre früher eine sehr schwere, aber spontan endigende Geburt durchgemacht hatte, fand sich als Ursache der Dystokie eine 4 cm hinter dem Introitus beginnende, nur für eine feine Sonde durchgängige, sich strahlenförmig ins paravaginale Zellgewebe erstreckende, unnachgiebige Narbe. Es bestand hochgradige Dehnung; der Schädel ins Becken eingetreten; aus der dem Muttermunde entsprechenden Öffnung entleerte sich jauchiges Fruchtwasser. Nach beiderseitigen tiefen Inzisionen, aus welchen es äußerst heftig blutete, Entwicklung eines lebenden, 3060 g

schweren Kindes. Nach vollendeter Blutstillung Entfernung der Placenta und Desinfektion des Uterus. Das Wochenbett verlief afebril. Ein Jahr später stellte sich die Frau, im 4. Monate schwanger, wieder ein. Exzision der Narbe; wegen der abundanten Blutung vorläufige Blutstillung, erst 4 Tage später Deckung des 2,5 cm breiten, circulären Defektes durch Mobilisierung der Schleimhautränder; der die ganze hintere Scheidenwand einnehmende Defekt wurde durch einen 10 cm breiten, 7 cm langen, vom rechten großen Labium und dessen Umgebung entnommenen Lappen mit der Basis am Damme übernäht. Glatte Heilung. $3^1/_2$ Monate später glatte Entbindung von einer frühreifen, toten Frucht. Wochenbett durch schweren Puerperalprozeß mit linksseitiger Parametritis kompliziert. Nach abermals 3 Jahren Entbindung von einem kräftigen Kinde mittels Forceps, nachdem der für einen Finger knapp durchgängige, narbige Muttermund durch einige seichte Einschnitte erweitert worden war.

Der Fall beweist, daß man in der Schwangerschaft eine ausgedehnte Kolpoplastik vornehmen kann, und daß eine durch Kolpoplastik neugebildete Scheide ihrer physiologischen Aufgabe vollkommen gewachsen sein kann.

Keitler (Wien).

14) Thorn. Die Stellung der manuellen Umwandlung in der Therapie der Gesichts- und Stirnlagen.

(Sammlung klin. Vorträge N. F. Nr. 339. Leipzig, **Breitkopf & Härtel**, 1902.)

Unter gewissen Bedingungen, die ausführlich im Originale nachgelesen werden müssen, kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Berechtigung der manuellen Umwandlung heute nicht mehr bestritten werden kann; es ist zu verlangen, daß sie unter die von der Schule zu lehrenden geburtshilflichen Operationen eingereiht wird. Man darf dann erwarten, daß sie auch in der Praxis sich einbürgern und günstige Ergebnisse zeitigen wird.

Man hüte sich nur vor überflüssigen Experimenten mit dieser Operation, forziere sie auf keinen Fall und bedenke stets, daß bei ihr für die Kraft in höherem Maße, wie vielleicht bei allen anderen geburtshilflichen Operationen, die Geschicklichkeit einzusetzen ist. **Witthauer** (Halle a/S.).

15) F. Schenk (Prag). Osteomalakie.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 51.)

Eine $1^1/_2$ Jahr bettlägerig gewesene Frau wurde am Ende der Schwangerschaft mittels Sectio caesarea nach Porro mit querem Fundalschnitt nach Fritsch und intraperitonealer Stielversorgung entbunden. 3 Wochen später konnte die Pat. mit Krücken, in weiteren 4 Wochen frei herumgehen. In der Klinik wurde bisher in 5 Fällen der quere Fundalschnitt zur Ausführung gebracht, ohne daß derselbe in diesen Fällen einen Vorteil hinsichtlich der Kontraktion oder der Blutung geboten hätte, die Entwicklung des Kindes gelang jedoch unzweifelhaft leichter, 4mal wurde die Placenta getroffen. Von den Operationsmethoden bei Osteomalakie tritt die Mehrzahl der Autoren für Entfernung des Uterus samt Adnexen ein. Richtiger erscheint der Standpunkt von Kaltenbach, Ahlfeld und Runge, welche bezüglich des Uterus die Wahl zwischen konservativem Kaiserschnitt mit Kastration oder Porrooperation freilassen. Entgegen Hübl tritt S. mit Fehling unbedingt dafür ein, bei Osteomalakie stets die Ovarien zu entfernen. Bei Porrooperationen aus anderen Indikationen sind, um Ausfallserscheinungen zu verhüten, die Ovarien wo möglich zu erhalten, ein Vorgehen, das bei Myomoperationen häufig, beim Kaiserschnitt nach Porro bisher nur in Ausnahmefällen geübt wurde. Erst jüngst hat Pletzer empfohlen, die Ovarien außer bei Osteomalakie zu erhalten und den Uterus nach dem Vorschlage von Zweifel möglichst hoch abzusetzen. **Piering** (Prag).

16) Bettmann (Baltimore). Fall von Geburt bei Uterus bicornis.

(Bull. of the Johns Hopkins hospital 1902. Februar-Märzheft.)

Frau von 35 Jahren hatte schon 7mal geboren, 3mal Hinterhaupts-, 4mal Steißlagen, 2 Kinder waren totgeboren. Die jetzige Schwangerschaft war durch nichts

ausgezeichnet, die Geburt wurde poliklinisch behandelt, und zwar erst 12 Stunden nach Wehenbeginn. Steißlage, Rücken nach vorn, der Steiß trat in den Beckeneingang, Cervix halb geöffnet. Plötzlich wurde der fötale Herzschlag unhörbar, es war eine gänzliche Umdrehung des Kindes erfolgt, der Rücken stand nach hinten, die Nabelschnur war pulslos. Es wurde die Extraktion gemacht, welche in 10 Minuten gelang, die Frucht konnte aber nicht wiederbelebt werden.

Bei den zur Extraktion nötigen Manipulationen wurde das Vorhandensein eines vaginalen Septums festgestellt. Ohne daß besondere Erscheinungen aufgetreten waren, trat 36 Stunden nach Geburt plötzlich eine geringe Blutung und bald darauf der Tod der Wöchnerin ein.

Bei der Sektion fand sich, daß ein Uterus bicornis unicollis vorlag, und daß ein Riß durch den unteren Abschnitt des linken schwangeren Uterushornes entstanden war, welcher sich noch ein Stückchen in die Scheide erstreckte. Nach oben ging der Riß nur bis zum stark ausgesprochenen Kontraktionsringe, die Blutung war daher subperitoneal, nicht intraperitoneal und ging im Beckenbindegewebe bis zur Flexura sigmoidea hinauf.

Die Achse des schwangeren Hornes wich um 45° von der Achse des Beckens ab, so daß der in letzterer ausgeübte Zug den Steiß gerade gegen das untere Ende des Uterushornes gedrängt und damit den Riß veranlaßt hatte.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

17) **W. Bergmann** (Saaz). **Über einen Fall von kompletter Uterusruptur, durch Laparotomie geheilt.**

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

Betrifft eine schwächliche 28jährige IIIpara, Geburten spontan, kräftige Kinder. Diesmal nach 14 Stunden starker Wehentätigkeit der Kopf in II. Gesichtslage ins Becken eingetreten, tiefstehend; viermaliger Zangenversuch mißglückte, da es nicht möglich war, die Löffel ins Schloß zu bringen; ebenso mißglückte ein Versuch der Wendung. In Abwesenheit des Arztes hörten plötzlich die Wehen auf, bald darauf zeigte sich eine schräg nach links unten verlaufende Rinne, die wieder verschwand, worauf die Kindesteile deutlich unter der Bauchwand zu fühlen waren. Unterleib weich, keine Kindsbewegungen, keine Herztöne. Keine frische Blutung. Labien und Vulva ödematös, sugilliert. Bei der Laparotomie, 13 Stunden nach erfolgter Ruptur, trat sofort das dunkelblau gefärbte Gesicht zutage. Kind und Placenta nebst Nabelschnur frei im Bauche. Sehr wenig blutiger Inhalt, dagegen reichlich Mekonium und Vernix caseosa, namentlich Magen und Leber bedeckend. Nach gründlicher, sehr mühsamer Reinigung des Peritonealkavums zeigte sich an der Vorderfläche (Grenze des mittleren und unteren Drittels) des Uterus ein 12 cm langer, zackiger, querverlaufender Riß bei Erhaltung der seitlichen großen Gefäße, das Peritoneum 3 cm weit abgehoben, aber nicht blutig unterminiert. Nach Ligierung der Gefäße Amputation des Uterus in der Höhe des Risses. Drainage der Cervix durch die Scheide und Tamponade der Amputationsstelle durch den untersten Teil der Bauchwunde. Glatte Genesung, nur in den ersten 6 Tagen abends leichte Temperatursteigerung. Die Frucht wog 3590 g. Entlassung in der 3. Woche. 20 Tage später mußte ein eigroßer phlegmonöser Abszeß am linken Rippenbogen gespalten werden. Da die Ruptur erst $^1/_2$ Stunde nach der Zangenanlegung eintrat, kann diese nicht die Ursache abgegeben haben, vielmehr ist wohl die Gesichtslage als Ursache der starken Dehnung und Ruptur des unteren Uterinsegmentes anzusehen. **Piering** (Prag).

Verschiedenes.

18) Thoenes (Hamburg). Dauerresultate der operativen Behandlung der tuberkulösen Peritonitis.

(Jahrbücher der Hamburg. Staatskrankenanstalten Bd. VII. Jahrg. 1899/1900.) Hamburg, Leopold Voss, 1902.

Bericht über 33 Laparotomien bei Peritonealtuberkulose. In den Fällen mit flüssigem Exsudat, die in der Regel einen bestimmten Ausgangspunkt der Erkrankung nicht erkennen ließen, wurde die Flüssigkeit möglichst vollständig entleert und durch energisches Trockenreiben eine lebhafte peritoneale Reaktion angestrebt, mit der Absicht, Verwachsungen zu erzielen und so den natürlichen Heilungsvorgang der Abkapselung und nachherigen Resorption in die Wege zu leiten. In den Fällen ohne flüssiges Exsudat, bei denen ein bestimmter Ausgangspunkt zumeist zu erwarten war, wurde die Beseitigung des primären Herdes angestrebt. Kam es in der Folge zur Ansammlung eines neuen Ergusses, so wurde wieder laparotomiert und dabei konnte festgestellt werden, daß die gewünschte Adhäsionsbildung ausgiebig eingetreten war. Ein Fall wurde 3mal in Zwischenräumen von 1—1½ Monaten laparotomiert und jedesmal konnte eine bedeutende Besserung der Herderscheinungen konstatiert werden. 3 Fälle wurden nach 3, 10 und 11 Jahren aus anderer Ursache nochmals laparotomiert. Bei allen konnte das anatomische vollständige Verschwinden der tuberkulösen Affektion nachgewiesen werden; in zwei dieser Fälle konnte außerdem eine vollständige Restitutio ad integrum festgestellt werden, in einem bestand noch eine Verwachsung der Blase mit der vorderen Bauchwand.

Die Fälle zerfallen in 2 Gruppen: 1) solche, bei denen der flüssige Erguß das Krankheitsbild beherrscht (16 Fälle); 2) solche, bei denen der flüssige Erguß fehlt oder nur eine untergeordnete Bedeutung beansprucht (17 Fälle). In der 1. Gruppe betrug die absolute Mortalität 18,7%, der augenblickliche Heilungserfolg 62%, davon sind 3 Jahre beobachtet und gesund geblieben 43,8%; 2 schieden als gebessert, 1 als ungebessert. Über den Ausgangspunkt der Erkrankung war in keinem der nicht zur Sektion gekommenen Fälle Sicheres zu eruieren. Klinisch fanden sich gastrische Erscheinungen, Übelkeit, Erbrechen, Stuhlbeschwerden, Anschwellung des Leibes mit mäßigen Schmerzen, meist ohne bestimmte Lokalisation. Der Erguß ist anfangs meist frei beweglich und kommt erst später durch Verklebung und Verwachsung der Eingeweide zur Abkapselung. Fieber wurde in unkomplizierten Fällen nicht oder nur als vereinzelte abendliche Steigerungen beobachtet. Anatomisch fand sich klares, seröses Exsudat (½—6 l) mit flockigen Beimengungen. Bei stärkerer fibrinöser Abscheidung ist die sonst spiegelnde Serosa trübe, weiter sogar durch sulzige Auflagerungen verdickt. Auf der Serosa miliare Tuberkel.

In der 2. Gruppe betrug die absolute Mortalität 70%, oder nach Ausscheidung zweier Fälle, die der Operation nicht zur Last gelegt werden dürfen, 60%. 3 verließen als geheilt, 2 als wesentlich gebessert die Behandlung. Als Ausgangspunkt erwies sich in 4 Fällen der weibliche Genitaltraktus, in 3 weiteren der Wurmfortsatz, in einem kombinierte sich die Einwirkung ulceröser Darmprozesse mit der des hochgradig erkrankten Genitalapparates. Das klinische Bild ist bedeutend schwerer als bei den Fällen der 1. Gruppe. Der Vorfall war öfters sehr ausgesprochen. Meist Klagen über hochgradige Verdauungsbeschwerden, Erbrechen, Durchfälle, diffuse Leibschmerzen, quälender Meteorismus, zuweilen lokalisierte Schmerzen in der Gegend der Leber, des Wurmfortsatzes, im Unterleibe. Fieber bestand bei der Mehrzahl, höheres nur in komplizierten Fällen; in einer großen Zahl der Fälle Rückgang des Fiebers nach der Operation. Anatomisch ausgesprochene, meist flächenhafte Verwachsungen mit Cysten serösen und eiterigen Inhalts, nur 2mal geringe Mengen freier Flüssigkeit. 3mal starke Stenosenerschei-

nungen infolge der Verwachsungen. Auf den freiliegenden Serosaflächen durchweg Knötchen, miliare und größere konfluierte, große käsige Knoten, besonders bei Darmtuberkulose.

T. zieht folgende Schlüsse:

1) Für die seröse Form ist die Prognose der Laparotomie, soweit nicht schon schwere Organkomplikationen vorliegen, eine günstige.

2) Die unkomplizierte seröse Form verläuft durchweg ohne nennenswertes Fieber. Fieber, schlechte Herzaktion sind Momente, die komplizierende Organerkrankungen sehr wahrscheinlich machen.

3) Für die Mehrzahl der trockenen Formen muß die Laparotomie als ein das Leben in hohem Grade gefährdender und meist nicht von Erfolg begleiteter Eingriff bezeichnet werden.

Eine Ausnahme bilden bis zu einem gewissen Grade die von den weiblichen Genitalorganen ausgehenden Formen, möglicherweise deshalb, weil es bei ihnen am ehesten möglich ist, den primären, meist in der Tube sitzenden Krankheitsherd völlig zu eliminieren. **Reifferscheid** (Bonn).

19) **Neisser** (Breslau). Stereoskopischer medizinischer Atlas.

Leipzig, **J. A. Barth**, 1902.

Lesser gibt 12 Abbildungen von Verletzungen einiger Unterleibsorgane sowie von Schwangerschafts- und Wochenbettveränderungen der Gebärmutter. Dargestellt sind von den letzteren die Gebärmutter am Ende des 2. Monats mit eröffneter Fruchtkapsel, ferner 5½ Wochen nach rechtzeitiger Entbindung und normalem Wochenbett: Verletzungen des Uterus durch Abtreibungsversuche, ferner solche durch Auskratzung, Zangendruck, Druck des Kindskopfes, durch Partus praecipitatus, durch Kolpeurynterwirkung; weiter ein Längsschnitt durch des unteren Gebärmutterkörpers, des Halses und der Scheide bei Placenta praevia centralis.

Die vorzüglichen Abbildungen sind in ihrer Anschaulichkeit ein ausgezeichnetes Hilfsmittel zum Unterricht. **Reifferscheid** (Bonn).

20) **F. Honigmann** (Breslau). Über die Behandlung des Ileus mit Belladonnapräparaten.

(Zentralblatt für d. Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie 1902. Bd. V. Hft. 7—9.)

Nach einer historischen Einleitung und Besprechung der theoretischen Anschauungen über die Darmwirkung des Atropins und der Belladonna werden die bisher gesammelten klinischen Erfahrungen über die subkutanen Atropininjektionen bei Ileus ausführlich und kritisch besprochen. Nach diesen Erfahrungen ist das Atropin bei allen diagnostizierten Fällen von Strangulationsileus sowie bei inkarzerierten eo ipso kontraindiziert. Bei Obturationsileus, bei dynamischen und funktionellen Darmparalysen wirkt es zuweilen gut, und zwar sedativ, wie das Opium. Ob Belladonnapräparate die Darmperistaltik anzuregen vermögen, ist bisher noch nicht definitiv festgestellt. Man soll mit geringeren Atropindosen bei der Injektion anfangen (½—1, höchstens 2 mg). Einzeldosen von 5 mg dürfen niemals von Anfang an angewendet werden. Vergiftungserscheinungen verschiedener Intensität treten in der Mehrzahl der Fälle, besonders bei Überschreiten der Maximaldosis und bei älteren Leuten (über 50 Jahre) auf. Die toxischen Eigenschaften sind ein Nachteil des Atropins gegenüber dem Opium, vor dem es keinen prinzipiellen Vorzug hat. Versagt Opium, so ist Atropin indiziert. Erfolgt aber innerhalb 48 Stunden bei Ileus kein Abgang von Flatus und Fäces, sondern nur subjektive Erleichterung, so darf der operative Eingriff nicht verzögert werden, es sei denn, daß er abgelehnt wird oder dringende Kontraindikationen vorliegen. Sämtliche bisher veröffentlichte Fälle sind in der Arbeit zusammengestellt und in sehr sachlicher Weise zur richtigen, objektiven Empfehlung des in neuerer Zeit gelegentlich so viel gebrauchten Mittels benutzt. **Stoeckel** (Bonn).

21) **J. S. M'Ardle** (Dublin). **Eine Reihe von Fällen zur Illustration des Einflusses von Utero-Ovarialaffektionen auf Darmobstruktion.**
(Dublin journ. of med. science 1902. Juni u. Juli.)

Es sind im ganzen 5 Fälle: 1) ein rechtsseitiger Salpinxtumor, durch eine Netzadhärenz abgeschnürt, im 4. Graviditätsmonate operiert, Heilung der Beschwerden, Fortdauer der Gravidität. 2) Ebenfalls im 4. Monate gravid, hartnäckige Obstipation, Schmerzen, Kollaps; bei der Operation wird eine gleichzeitig bestehende geplatzte, rechtsseitige Hämatosalpinx gefunden und entfernt. Heilung; Fortdauer der Gravidität. 3) Starke Netzadhäsionen vor dem Coecum, Appendix an der Rückwand des rechten Lig. lat. heruntergekrümmt und verwachsen. An der Spitze desselben ist das vergrößerte Ovarium, in seiner Konkavität das Fimbrienende der Tube adhärent. Punktion der kleinen Cysten im Ovarium, Resektion des Appendix mit dem Tubenende. 4) Früher Typhus, dann Blut und Eiter im Stuhl und hartnäckige Obstipation. Ovarialabsceß nach dem Mastdarm durchgebrochen; Entfernung von Tube und Ovarium, Lösung der im Beckenboden verwachsenen Flexur. Heilung. 5) Subperitoneales Fibroid vorn am Uterus; rechtes Ovarium vergrößert, Tube ausgedehnt, Adhäsionen nach der Blase zu; Ausschneidung des Fibroids, Lösung der Adhäsionen, Abtragung von Ovarium und Tube. Heilung. In allen Fällen hatten heftige Darmsymptome und Störung der Defäkation das Krankheitsbild beherrscht. **Zeiss** (Erfurt).

22) **R. Condamin** (Lyon). **Über maligne Degeneration des Uterusstumpfes nach Amputatio uteri supravaginalis.**
(Lyon méd. 1902. April.)

Der eine Fall betraf eine 58jährige Frau; Operation wegen großen Fibroms bei ganz gesundem Collumreste. Etwa 1 Jahr später traten von neuem Blutungen auf und eine schwammige Krebsmasse füllte den Grund der Vagina aus und brach auch bald danach in der Bauchnarbe auf. Im 2. Falle (40jährig) wurde wegen multipler Myome operiert. 4 Jahre später Operation eines mittlerweile entstandenen großen Bauchbruches, wobei schon eine deutliche Vergrößerung des Stumpfes zu konstatieren war. Nach weiteren 2 Monaten ergab sich die maligne Natur der Geschwulst im Stumpfe, und es konnte wegen diffuser Ausbreitung derselben, auch auf den Bauchdecken, nicht an einen weiteren Eingriff gedacht werden.
Zeiss (Erfurt).

23) **Vallas** (Lyon). **Ausbruchspforten des Bauchkrebses.**
(Lyon méd. 1902. Nr. 17.)

Bei Karzinom am Nabel zieht man stets die Möglichkeit mehr oder weniger stark in Betracht, ob es sich dabei nicht um einen sozusagen vorgeschobenen Posten eines tiefen, noch verborgen gebliebenen Krebses der Baucheingeweide handle. V. hat nun 3 Fälle beobachtet, wo derselbe Vorgang sich an anderen »Pforten« des Abdomens abspielte: Ein Ovarialkarzinom hatte einen (für ein Fasciensarkom gehaltenen) immobilen Tumor der Inguinalgegend vorgeschickt; ein anderer »Abdominalkrebs« einen ebensolchen im Inguinalkanal selbst und ein Magenkarzinom einen im Schenkelkanal. V. glaubt daraus den Schluß machen zu sollen, daß zu solchen Prädilektionsstellen für das frühzeitige Nachaußentreten tiefer liegender Eingeweidekrebse besonders diejenigen Regionen zu rechnen, also besonders daraufhin zu beachten seien, wo das Peritoneum ohne zwischenliegende Muskeldecke der Hautoberfläche benachbart sei. **Zeiss** (Erfurt).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 18. Sonnabend, den 2. Mai. 1903.

Inhalt.

I.

(Aus der I. geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik in Wien. Hofrat Prof. Schauta.)

Ein neues selbsthaltendes Spekulum[1].

Von

Dr. Siegfried Spiegel.

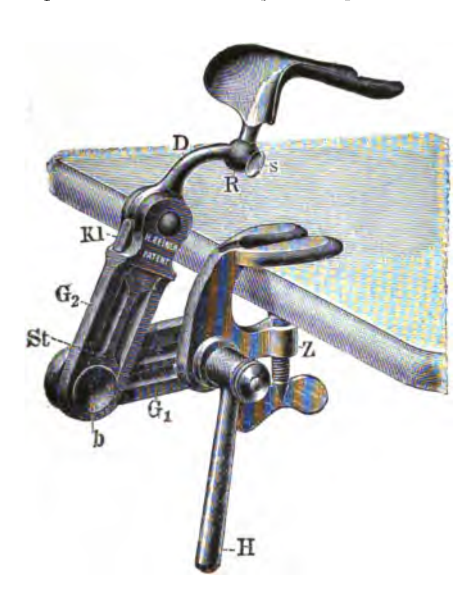
Bei längere Zeit dauernden vaginalen Operationen ist ein Assistent fast immer nur mit dem Halten des hinteren Spatels beschäftigt, eine Arbeit, welche bei einer oft 1—2 Stunden dauernden Operation die größten Ansprüche an die Kraft und Ausdauer stellt, denen beim besten Willen selten jemand gewachsen ist.

Um diesem Übelstande abzuhelfen, wurden bereits mehrfach Vorrichtungen konstruiert (Martin, Salzer u. a.), welche aber infolge umständlicher und zeitraubender Manipulationen ihren Zweck nicht erreichten.

[1] Demonstriert in der Sitzung der gynäkologischen Gesellschaft in Wien am 10. Februar 1903.

Dem wirklich vorhandenen Bedürfnisse kann aber nur eine Vorrichtung genügen, welche 1) rasche Adaption des Spatels in jeder für die Operation erforderlichen Stellung, 2) ebenso rasche Fixierung desselben mit einem einzigen Handgriffe ermöglicht.

Diesen Bedingungen entspricht vorliegende Konstruktion vollständig; mein verehrter Chef, Herr Hofrat Schauta, hatte die Güte, das Instrument zu versuchen, wofür ich hiermit meinen besten Dank abstatte; nachdem sich dasselbe als vollkommen zweckmäßig erwies, wird dasselbe bereits seit Anfang 1903 ständig in obiger Klinik benutzt, wodurch die Mithilfe des zweiten Assistenten bei kleineren Operationen unnötig, bei größeren anderweitig verwertbar ist.



Die Vorrichtung besteht aus der Schraubzwinge *Z* zur Befestigung am Operationstische oder einem gewöhnlichen Tische und 3 Gelenkteilen G_1, G_2 und *D*; an dem Ende des letzteren wird der gerade benötigte Spatel festgeschraubt.

Die Gelenkteile sind durch konische Bolzen derart miteinander verbunden, daß sie bei gelockerter Stellung in jeder erforderlichen Richtung verschoben werden können.

Die Fixierung in der gewünschten Stellung erfolgt durch Zug am Hebel *H*, wodurch in jedem Gelenkteile Stahl-Schienen vorgeschoben werden, welche, da sich diese Bewegung durch alle Gelenkteile gleichzeitig fortsetzt, zur gegenseitigen Klemmung und damit zur Feststellung führt.

Die Handhabung ist sehr einfach und besteht darin, daß man vor der Operation das ausgekochte Instrument am Operationstische befestigt, den Spatel in die Vagina einführt und ihn dann mit einem Zuge am Hebel fixiert; ebenso einfach ist eine Stellungsänderung während der Operation.

Der Einwand, der gegen den Gebrauch von mit dem Operationstische verbundenen Fixiervorrichtungen mit der Begründung erhoben werden könnte, daß bei einer plötzlichen Bewegung der Pat. unliebsame Verletzungen entstehen könnten, ist nicht stichhaltig, da dieser Spatel nur bei größeren Operationen verwendet wird, bei welchen eine gute Narkose Grundbedingung ist. Sollte aber doch ein Erwachen bei unruhiger Narkose vorkommen, so genügt bei Bemerken der Vorzeichen ein einfacher Ruck am Hebel, wodurch die ganze Vorrichtung locker wird und sofort nachgibt.

Tatsächlich hat sich bisher trotz sehr häufigen Gebrauches des Spatels kein einziges Mal ein unliebsamer Zwischenfall ereignet. Bei kleineren Operationen, wie z. B. Curettage etc., wird dieser Spatel besonders dem Landarzte praktische Dienste leisten.

Von größeren Operationen in unserer Klinik, bei welchen dieses selbsthaltende Spekulum sich bisher besonders bewährt hat, möchte ich nur folgende erwähnen: Enukleation von Myomen, Antefixatio bei Retroversio-flexio nach Schauta, Hysterotomien zur Entfernung submuköser bis faustgroßer Myome, Totalexstirpation bei Karzinom und bei Myomen von Kindskopfgröße, bei Ovarialkystomen etc.

Die Vorteile bei der Verwendung dieser Vorrichtung bestehen somit

1) in der leichten Sterilisierbarkeit,

2) in der ruhigen, jederzeit in einfachster Weise veränderbaren Einstellung,

3) in der Unabhängigkeit von der Kraft und Ausdauer des Assistierenden[2].

II.

Komplikationen bei Eierstocksdermoiden.

Von

Dr. **Ahrens** in Remscheid.

Im Laufe des vergangenen Jahres hatte ich Gelegenheit, drei Fälle von Dermoidkystom des Eierstockes mit Erfolg zu operieren, welche durch die Gesamtheit der dabei zur Beobachtung gelangten, je nach dem Einzelfalle verschiedenen Komplikationen von Interesse sind.

1) Frau W., 25 Jahre; Menses vor Eintritt der Schwangerschaft stets mit großen Schmerzen, aber regelmäßig vor sich gegangen. Am 31. Januar 1902 erster Partus, spontan, leicht, normales Wochenbett. 14 Tage später akute Mastitis, vom Hausarzte inzidiert und drainiert, worauf nach dessen Aussage Fieberabfall und glatte Heilung erfolgte. In der folgenden Zeit Wohlbefinden, Pat. nahm ihre häuslichen Arbeiten wieder auf. Am 10. März fühlte sie plötzlich, ohne daß irgend eine Krankheitsempfindung vorangegangen wäre, des Morgens einen jähen, heftigen Schmerz im Leibe, dem Erbrechen und Stuhlverhaltung folgten. Als ich am 11. März abends hinzugezogen wurde, fand ich die Frau blaß und verfallen, Temperatur 38,6, Puls klein, 144 Schläge in der Minute, Abdomen stark aufgetrieben und im ganzen druckempfindlich, ohne daß an einer Stelle desselben Resistenz oder stärker lokalisierte Druckempfindlichkeit nachzuweisen war. Zunge trocken, ständiges Würgen und Erbrechen, kein Abgang von Kot und Blähungen auf Klysmen. An der rechten Brustdrüse zwei von Inzisionen herrührende, gut granulierende, kleine Hautdefekte. Also Diagnose: Perforationsperitonitis, deren Quelle nicht nachweisbar, vielleicht in einer latent verlaufenen Appendicitis liegen mochte. Operation noch an demselben Abend, 40 Stunden nach Eintritt der Perforationserscheinungen. In Chloroformnarkose Schnitt in der Linea alba unterhalb

---

[2] Das Instrument ist durch Patentanmeldungen geschützt und unter dem Namen »Autostat« bei der Instrumentenfabrik H. Reiner, Wien IX, Van Swietengasse 10 erhältlich.

des Nabels; nach Eröffnung der Bauchhöhle fließt zuerst trübe, seröse, dann eitrige, mit Fibrinflocken untermischte Flüssigkeit ab. Peritoneum parietale und viscerale stark injiziert und getrübt. Die in die Wunde sich drängenden, geblähten Darmschlingen werden mit Kompressen nach oben zurückgehalten. Beim Abtasten des kleinen Beckens fühle ich rechts vom Uterus eine derbe, kugelförmige Geschwulst, welche, mit dem Darme nicht verwachsen, sich leicht nach oben bringen läßt. Aus einem fingerdicken Loche derselben quillt Eiter heraus; gleichzeitig durch diese Öffnung sich hervordrängende Haare machen den Charakter des etwa faustgroßen Tumors klar. Abschneiden des von Tube und Lig. latum gebildeten Stieles unter gleichzeitiger Versorgung desselben, möglichst beschleunigte Toilette der Bauchhöhle, Einführen eines Xeroformgazetampons nach dem Douglas und dem Adnexstumpfe, Herausleiten der Gase aus dem unteren Winkel der Bauchwunde, die im übrigen geschlossen wird.

Von der weiteren Krankengeschichte sei nur kurz erwähnt, daß die peritonitischen Erscheinungen und damit der ganze Zustand sich nach dem Eingriffe langsam besserten, daß in der Folgezeit noch eine Thrombose der V. femoralis sowie mehrfache, jedenfalls davon ausgehende Infarzierungen der Lunge, kenntlich durch Hustenreiz, Kollaps und plötzliche Dyspnoë, auftraten, daß Pat. aber etwa 10 Wochen nach der Operation soweit wiederhergestellt war, daß sie das Bett zum ersten Male verlassen konnte. Zur Zeit ist sie völlig gesund, sie hat bei den Menses nie wieder die früheren Beschwerden gehabt. Die im unteren Winkel noch Monate hindurch fistelnde Bauchwunde hat sich mittlerweile völlig geschlossen.

2) Frau A., 32 Jahre, Menses stets regelmäßig, ohne große Schmerzen. Drei frühere Entbindungen sind spontan und leicht, mit normalem Wochenbett verlaufen. Letzte Regel am 13. Februar 1902. Bis zum 26. April keine Beschwerden; an diesem Tage entstehen plötzlich heftige, kontinuierliche Schmerzen im Unterleibe linkerseits. 2 Stunden später nehme ich folgenden Befund auf: Uterus liegt normal antevertiert, weich und teigig, vergrößert. Links und deutlich von ihm abzugrenzen liegt eine bewegliche Geschwulst etwa von der Form und Größe eines mittleren Taschenmessers, die sich als Ursache der Schmerzen erweist. Leib weich, Douglas anscheinend frei, rechte Adnexe normal. Puls regelmäßig, von normaler Frequenz, in den Mammillae Kolostrum. Morphiuminjektion. Am anderen Tage bei gleichem Befunde kein Nachlaß der Schmerzen. Da es sich nur um Tubengravidität oder Ovarialgeschwulst bei normaler Schwangerschaft handeln konnte, erschien mir die Laparotomie in jedem Falle angezeigt, die auch, hauptsächlich der Schmerzen wegen, gestattet wird. Am 28. April Laparotomie in Beckenhochlagerung, Schnitt unterhalb des Nabels bis zur Symphyse; nach Eröffnung der Bauchhöhle, die frei von Exsudat und Blut ist, lassen sich die linken Adnexe mit dem Tumor bei dem Mangel an irgend welchen Adhäsionen leicht vor die Bauchwunde bringen. Durchtrennung und Versorgung des Stieles möglichst weit vom Uterus, Übernähung des Stumpfes mit Lembert'schen Nähten und Versenkung desselben, Schluß der Bauchwunde. Der die Stelle des Eierstockes einnehmende Tumor besteht aus einem taubeneigroßen, mit Haaren und Brei angefüllten, dickwandigen Dermoid und einer dünnwandigen Cyste mit wässrigem Inhalte und von gleicher Größe. Völlig reaktionsloser Verlauf; die Schmerzen sistierten sofort nach der Operation. Pat. stand nach 3 Wochen auf. Die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen; am 24. November hat sie einen gesunden Knaben geboren.

3) Frau S., 22 Jahre alt, Menses regelmäßig und schmerzlos. Am 9. August 1902 erster Partus, spontan und normal, Wochenbett ohne bemerkenswerte Vorkommnisse. Etwa 5 Wochen post partum fühlt sie sich einen Tag schlecht und hat Schmerzen in der rechten Seite, die am Tage darauf verschwunden sind. Am 27. September plötzlich starke, kolikartige Schmerzen im rechten Unterleibe mit Erbrechen und Stuhlverhaltung. Urinabsonderung sistierte einen Tag hindurch, trat dann wieder ein. Zunehmendes Schwächegefühl. Am 29. September wurde ich gerufen. Pat. blaß und elend, seit 2 Tagen viel Würgen und Aufstoßen; Flatus sollen noch vorhanden gewesen sein, dagegen kein Stuhlgang. Abdomen

gespannt, druckempfindlich, Puls klein, 110 Schläge, Temperatur 38. Die rechte Hälfte des Unterleibes erscheint etwas vorgewölbt; bei der äußeren Untersuchung fühlte ich hier einen Tumor, der nach unten ins kleine Becken übergeht und dessen obere Grenze etwa in Nabelhöhe steht. Bei bimanueller Untersuchung fühlte ich den hinteren Douglas stark nach unten gedrängt, der Uterus war nicht abzutasten. Der Tumor, welcher jetzt als kuglige, elastische Geschwulst von etwa Mannskopfgröße zu palpieren war, ragte etwas nach links über die Linea alba hinaus. Linke Adnexe nicht palpabel. Differentialdiagnostisch war ein para- und perimetritisches Exsudat mit Rücksicht auf die Größe und die scharf umschriebene Form der Geschwulst ziemlich sicher auszuschließen; das letztere sprach auch gegen eine geplatzte Tubenschwangerschaft, welche überdies in Berücksichtigung des kurz vorhergegangenen Partus nicht gut in Betracht kommen konnte. Daß der Tumor mit dem rechten Eierstocke in Zusammenhang stand, schien mir zweifellos; ich schwankte nur, ob Vereiterung einer Cyste oder plötzliche Vergrößerung einer solchen durch Stieldrehung vorhanden war. Das jähe, unvermittelte Auftreten der Ileuserscheinungen sprach für letztere Annahme. Operation sofort vorgeschlagen, aber erst nach 4 Tagen, während der Kräfteverfall und die Schmerzen andauerten, gestattet.

Am 3. Oktober 1902 in Chloroformnarkose Schnitt in der Linea alba unterhalb des Nabels; bei Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich eine prallelastische, dünnwandige Geschwulst in die Schnittlinie ein; dieselbe wird behufs Verkleinerung angestochen unter gleichzeitigem Vorziehen vor die Bauchdecken, während in hohem Bogen blutig-seröse Flüssigkeit ausströmt. Nach der Entleerung zeigt sich eine augenscheinlich frische, breite Netzadhäsion, die sich leicht vom Tumor abstreifen läßt. Die in den Bauch geführte linke Hand stellt fest, daß der Tumor dem rechten Eierstocke entspricht, und daß der zum Uterus laufende Stiel eine Spiralwindung aufweist, welche sich durch eine dreimalige, von links nach rechts gerichtete Drehung des nunmehr in toto vor den Bauchdecken liegenden Tumors beseitigen läßt. Der Stiel wird unter gleichzeitiger Versorgung durchtrennt und das Peritoneum über dem Stumpfe durch Lembert'sche Nähte vereinigt. Dann Toilette der Bauchhöhle und Schluß der Bauchwunde. Die Geschwulst besteht nicht nur aus der eröffneten, einkammerigen und dünnwandigen, mit blutig-serösem Inhalte und Blutgerinnseln gefüllten Cyste, sondern noch aus einer zweiten, derbwandigen, mit der ersten nicht kommunizierenden Abteilung von etwa Faustgröße, welche als Inhalt Haare, Brei und dazwischen gelegene Blutgerinnsel aufweist.

Die ersten 5 Tage nach der Operation fieberfreier und reaktionsloser Verlauf, dann treten einige Tage remittierende Temperatursteigerungen (bis 39° abends) auf, als deren Ursache ein rechts von der Gebärmutter sich entwickelndes Stumpfexsudat angesprochen werden muß. Kein Erbrechen, normaler Stuhl. Unter heißen Vaginalduschen und Umschlägen gingen Exsudat und Fieber zurück; in der 3. Woche normale Temperatur, Wohlbefinden, Pat. steht am 21. Tage auf.

Im ersten Falle muß wohl angenommen werden, daß die Eiterung sich in dem Dermoid bereits einige Zeit vor der Perforation etabliert hat. Der Mangel an subjektiven Beschwerden während dieser Zeit erinnert an den gleichen symptomlosen Verlauf mancher Appendicitiserkrankungen, ebenso wie auch die postoperativen accidentellen Erkrankungen, Venenthrombose und Lungeninfarkte, nicht selten bei Perityphlitis beobachtet worden sind. Interessant ist der Zusammenhang der Prozesse in Brustdrüse und Eierstocksgeschwulst; wer dächte dabei nicht an die gelegentlich beobachteten Schmerzen in der Brustdrüse bei Adnexerkrankungen. Die Virulenz des metastatischen Eiters ist jedenfalls, entweder von vornherein oder zur Zeit der Perforation, nicht mehr sehr hochgradig gewesen, sonst würde

die erst 40 Stunden später vorgenommene Operation kaum noch Erfolg gehabt haben.

Bei der zweiten Pat. ist auffallend der Gegensatz zwischen dem symptomlosen Verlauf der früheren und den unerträglichen Schmerzen in der letzten Schwangerschaft, zumal jede mechanische Alteration, wie Druck oder Einklemmung der Geschwulst — dieselbe war bei der bimanuellen Untersuchung völlig frei beweglich — ebenso wie lokale Entzündungserscheinungen fehlten. Vielleicht mag ein plötzliches rasches Wachsen der serösen Cyste die Ursache gewesen sein. Der ungestörte weitere Verlauf der Schwangerschaft war außer dem reaktionslosen Wundverlaufe auch wohl mit dem Umstande zuzuschreiben, daß jede stärkere Schnürung der Adnexe vermieden und dieselben möglichst entfernt vom Uterus abgetrennt wurden.

Im dritten Falle kennzeichnet der etwa 5 Wochen post partum eintretende und nach eintägiger Dauer verschwindende Schmerzanfall wahrscheinlich den Beginn der Stieldrehung, welche dem Küstner-schen Gesetze der Linksdrehung bei rechtsseitigen Eierstocksgeschwülsten entspricht. Auch hier finden sich, was nach Fritsch fast bei jeder Achsendrehung der Fall ist, Netzadhäsionen.

In keinem der drei Fälle nötigte schließlich das Dermoid des Eierstockes an und für sich zur Operation, immer waren es Komplikationen, die dazu führten: metastatische Vereiterung und Perforationsperitonitis, Gravidität, Achsendrehung.

III.

Antwort dem Herrn Dr. J. Miländer.

Von

Max Strauch in Moskau.

In Nr. 8 des diesjährigen Zentralblattes befindet sich p. 238 eine Arbeit Miländer's: »Zur Kasuistik der Verkalkung des Ovariums«. Auch ich werde auf der nächsten Seite citiert. Dort heißt es: Strauch zeigte in der geburtshilflich-gynäkologischen Sektion des 8. Pirogow'schen Kongresses russischer Ärzte in Moskau ein »ossifiziertes« Ovarium. Höchstwahrscheinlich handelte es sich hier um keinen Ossifikations-, sondern um einen Verkalkungsprozeß des Ovariums — —!

Das sind die Worte des Herrn Miländer, die er meinem ossifizierten Ovarium mit auf den Weg gibt. Warum?! Ja, das weiß ich faktisch nicht!

Es handelte sich in meinem Falle um einen wirklichen, reellen Verknöcherungsprozeß des ganzen Ovariums. Die Präparate, von unserem bekannten pathologischen Anatom Dr. Adolf Lunz künstlerisch angefertigt, lagen damals auf dem Kongresse aus und wurden nicht beanstandet. Sie sind auch noch jetzt bei mir einzusehen.

Nicht rarae sondern rarissimae aves wurden eben von mir der damaligen Versammlung vorgeführt, das dürfte wohl Herrn Miländer klar werden, wenn er auch die anderen Präparate, die ich damals vorstellte, bedenkt.

Ein solcher Modus, über wissenschaftliche Arbeiten anderer hinwegzugehen und sie zuzustutzen, wie sie eben einem passen, ist mir bis jetzt noch nicht bekannt, dürfte sich wohl auch kaum weiter kultivieren lassen.

Bemerkung zu dem Vortrage des Herrn Geh.-Rat Zweifel: Über die Grundsätze bei der Behandlung der Uterusrupturen.

(Zentralblatt für Gynäkologie 1903.)

Von

Dr. **Klien** in Lachendorf.

Im Schlußworte der Diskussion seitens des Herrn Zweifel (Zentralblatt für Gynäkologie 1903 Nr. 9) findet sich der Satz: »Dabei« — nämlich bei Zusammenstellung der Fälle mit Gummirohrdrainage einerseits, mit Jodoformgazetamponade andererseits — »hat jedoch Klien die penetrierenden und die nicht penetrierenden Fälle zusammengeworfen, und das ist nicht richtig«. Dieser Unterlassung habe ich mich jedoch nicht schuldig gemacht. Auf p. 74 meiner Arbeit im Archiv für Gynäkologie Bd. LXII Hft. 2 sind die Fälle scharf getrennt: komplette Rupturen ergaben mit Gummidrainage 25%, mit Gazetamponade 56%, inkomplette 0 resp. 50% Mortalität.

Neue Bücher.

1) **H. Hübl.** Über das Chorionepitheliom in der Vagina bei sonst gesundem Genitale.

Wien, **Josef Šafář**, 1903.

Der überraschende Fund Schlagenhaufer's, der in dem Hodentumor eines Mannes ein typisches Chorionepitheliom sah, hat in verschiedener Weise aufklärend gewirkt. Er festigte nicht nur die Lehre von der Spezifität der Chorionepitheliome, sondern konnte auch als Beweis dienen für die fötale Abstammung der beiden das Chorionepitheliom aufbauenden Zellformen, nämlich der Langhans'schen Zellschicht und des Syncytium. Die gleiche Genesis beider Zellarten und die sich zwischen ihnen findenden Übergänge erklären auch, warum sich in manchen Chorionepitheliomen nur Syncytium, aber keine Langhans'schen Zellen finden. Bei der Entstehung dieser von Schlagenhaufer als Teratome aufgefaßten Geschwülste, welche histologisch genau gebaut wie die Chorionepitheliome sind, aber auch bei Männern oder einer Virgo intacta vor-

kommen, haben Eihüllen oder deren Rudimente mitgewirkt, die sich vom befruchteten Ei, dem das betreffende Individuum selbst entstammt, herleiten. Das embryonale Material nun, aus welchem das Chorionepitheliom sich aufbaut, kann aus einem befruchteten Ei ausgeschaltet werden, mit welchem die Pat. zuletzt schwanger war, aber auch von einem Ei stammen, welches die Frau schon vor späteren normalen Schwangerschaften getragen hat, ja es kann sogar herstammen von demjenigen Ovulum, dem das erkrankte Individuum selbst sein Dasein verdankt. So das teratoide Chorionepitheliom des Mannes. So sicher diese letzte teratoide Form auch bewiesen ist, so selten mag sie sich finden. Mit welcher der vorhergegangenen Schwangerschaften, gleichgültig ob sie normal oder regelwidrig verlief, die Erkrankung im Zusammenhange steht, läßt sich nicht sicher sagen. Da es aber klinisch einwandsfreie Fälle gibt, bei denen das Chorionepitheliom jahrelang nach der letzten Gravidität erst nachgewiesen wurde, wo also das embryonale Material zum Aufbau der Neubildung schon lange Zeit vor dem Nachweis des Tumors aus dem Uterus in die Blutbahn gelangt war, sieht H. in der Möglichkeit, daß eben diese Frau in der Zwischenzeit noch weitere Schwangerschaften hätte durchmachen können, den Beweis, daß der embryonale Keim auch von einem früher getragenen befruchteten Ei herstammen kann. Ob das ausgeschiedene die Matrix des Chorionepithelioms bildende, embryonale Material von einem maligne degenerierten Ei oder Eiteil stammt, oder ob es erst an der Stelle der Deportation selbst maligne degenerierte, läßt sich vorläufig noch nicht entscheiden. Die klinischen Erfahrungen sprechen für beide Möglichkeiten. Der Ausdruck »Metastase« soll also bloß sagen, daß die Matrix der Geschwulst vom Ei aus dem Uterus stammt, ohne daß damit irgendwie präjudiziert wird, daß gleich maligne Eibestandteile verschleppt wurden.

Besonderes Interesse und zugleich große praktische Bedeutung besitzen die Chorionepitheliome, die bei sonst gesunden Genitalien in der Vulva und Vagina auftreten. Von den bis jetzt bekannten sieben Fällen blieben nur drei Frauen nach Exstirpation des primären Tumors gesund. Das Chorionepitheliom in der Scheide ist eine genau so bösartige Geschwulst, wie die Chorionepitheliome des Uterus. Bei rechtzeitig gestellter Diagnose, die früh möglich ist, bietet die Operation trotz der Malignität des Tumors gute Aussichten.

Im Anschluß an seine interessanten klaren Ausführungen berichtet H. über einen von ihm beobachteten und operierten Fall von Chorionepitheliom in der Vagina ohne Erkrankung des Uterus, der beide Zellformen enthielt. 36jährige Frau, drei normale Geburten, dann Abort im dritten Monat. Nochmals eine normale Gravidität, darauf Blasenmolenschwangerschaft. Ausräumung der Blasenmole im fünften Monat. Ungefähr $^3/_4$ Jahr später neue Konzeption, die einige Wochen ante terminum mit der Geburt einer macerierten Frucht endet. Sieben Wochen p. p. traten sich rasch

steigernde Blutungen auf, die Pat. verfiel. Am linken hinteren unteren Drittel der Vaginalwand ein walnußgroßer Tumor, der, gegen die Unterlage verschieblich, median einen Defekt der Vaginalschleimhaut zeigt. Uterus und Adnexe normal. Exzision. Am 20. Tage p. op. Blutungen und mehrere neue Knoten in der Scheide. Die Operationsnarbe war frei. Bald darauf traten stechende Schmerzen in der linken Brusthälfte auf. Zwei Monate nach der Operation Exitus. Die Sektion ergab regionäre Metastasen in der Scheide, Metastasierung der primären vaginalen Chorionepitheliome im linken Ovarium, in den Lungen und der Leber. Den ungünstigen Ausgang erklärt H. damit, daß in dem primären vaginalen Tumor die neugebildeten Massen schon durch das ganze Hämatom, welches sonst schützend die Umgebung konzentrisch von den zentral gelegenen Tumorzellen abschließt, zerstreut waren. Der Fall kam aber zu spät zur Operation.

Mehrere vorzügliche farbige Tafeln und einige in den Text gedruckte mikroskopische Wiedergaben illustrieren die einschlägigen Verhältnisse.

H. Schröder (Bonn).

2) **G. Leopold** (Dresden) und **P. Zweifel** (Leipzig). Die geburtshilfliche Untersuchung für Ärzte, Studierende der Medizin, Hebammen und Hebammenschülerinnen. 4. Auflage.

Leipzig, S. Hirzel, 1902.

Das Büchlein ist im Auftrage des sächsischen Ministeriums geschrieben. Auf dem geringen Raume von 30 Seiten ist es den Verff. in hervorragendem Maße gelungen, alles Wissenswerte und Notwendige in knapper und leicht verständlicher Weise zu geben. Das erste Kapitel enthält die Vorschriften für die Schwangerschaft, das zweite die für die Geburt. Letzteres zerfällt in zwei Teile, von denen der eine die Anleitungen zur äußeren und inneren Untersuchung gibt, der zweite die Regelwidrigkeiten behandelt, welche zur Zuziehung eines Arztes verpflichten. Das dritte Kapitel handelt über die Pflege der Wöchnerin und der Kinder mit eingehender Berücksichtigung der Ernährung der Säuglinge.

Die beigegebenen acht Tafeln veranschaulichen die Ausführung der zur äußeren Untersuchung angegebenen vier Handgriffe.

Reifferscheid (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

261. Sitzung am 15. Mai 1902.

Vorsitzender: Herr Grenser; Schriftführer: Herr Buschbeck.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Weindler die Temperaturkurve einer schwer gonorrhoisch erkrankten Pat. Der Fall dürfte wohl deshalb von allgemeinem Interesse sein, weil er zeigt, in welch rapider Weise die Gonorrhoe

den menschlichen Organismus fast zugrunde zu richten imstande ist. Am 3. Oktober 1901 infiziert sich durch einmalige Kohabitation die bisher vollständig gesunde, 35jährige Pat. 5 Tage später wird in der Sprechstunde konstatiert: Temperatur 38,2, Puls 92, eine eitrige Vaginitis mit Ulcera ad labia minora, akute Endometritis und Metritis, circumscripte Pelveoperitonitis. Am 12. Oktober 1901 tritt hinzu: Eine Urethritis und Cystitis, ein Exsudat, welches linkes Ovarium und Tube vollständig überdeckt. 3 Tage später: Allgemeine Peritonitis, akute Endokarditis, auffallende Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Temperatur stieg bis 39,8, Puls 120. Ein Absceß am rechten Ellbogengelenk und ein periproktitischer Absseß mußten insidiert werden. In der 4. Woche der Erkrankung entwickelte sich rechterseits ein Exsudat, welches bis Nabelhöhe reichte. An den beiden Exsudaten laboriert Pat. jetzt noch. Die Therapie bestand in Bettruhe, Eis, Opium, reinigenden vaginalen Ausspülungen, dreimal Blasenausspülungen, Digitalis, Exzitantien. In der ersten Krankheitswoche werden im Sekret Gonokokken mit Sicherheit nachgewiesen, in der zweiten nicht mehr, dafür vereinzelte Streptokokkenketten im Cervicalsekret. In den beiden Abszessen wurde der Staphylokokkus pyogen. aureus nachgewiesen.

Tagesordnung:

I. Herr Klotz: Endocarditis septica, geheilt durch intravenöse Silberinjektionen.

(Erscheint in der Deutschen med. Wochenschrift.)

Diskussion: Herr Krull legt die Kurve einer sehr schwer puerperal erkrankten Wöchnerin vor, deren schließliche Genesung er der Behandlung mit Injektionen von kollargolem Silber und mit Einreibungen von Silbersalbe zuschreiben möchte.

Herr Osterloh (s. Münchener med. Wochenschrift 1902 Nr. 21 p. 894 u. f.) und Herr Leopold haben einen sicher konstatierten Einfluß der Silberbehandlung auf die puerperale Sepsis bisher nicht feststellen können. Kurven, wie die von Herrn Krull vorgelegte, mit schließlicher Heilung der Schwerkranken finden sich auch bei den bisher üblichen Behandlungsmethoden in großer Zahl und mahnen zur Vorsicht bei der Beurteilung, ehe ein großes Material gut beobachteter, einwandsfreier Fälle vorliegt. Jedenfalls muß man sich sehr hüten, im Vertrauen auf die Wirkung einer derartigen Therapie das sorgfältige Aufsuchen der Infektionsherde und ihre lokale Behandlung, die zumeist schnell und sicher zur Heilung führt, zu verabsäumen. Für Fälle allgemeiner, schwerer Sepsis soll die Silberbehandlung gewissermaßen als ultimum refugium zur Entgiftung des Blutes versucht werden.

Im gleichen Sinne spricht sich der Vortr. bezüglich der Auswahl der Krankheitsfälle aus und betont in Übereinstimmung mit Herrn Krull die auffällige Besserung des subjektiven Befindens und des Schlafes nach den Kollargolinjektionen und einer Anfrage des Herrn Grenser gegenüber das auffällig schnelle Schwinden der auskultatorischen und perkussorischen Erscheinungen am Herzen in seinem Falle.

Herr Marschner berichtet, bezüglich der Ätiologie des vorgetragenen Falles, über eine Familienepidemie von nicht diphtheritischer Angina, und zwar bei älteren Kindern, resp. bei Erwachsenen. Zuerst erkrankte die 15jährige Tochter unter hohem septischen Fieber und mit der Komplikation einer Endocarditis ulcerosa, darauf ein 9jähriger Knabe; bei beiden blieben so schwere Herzklappenveränderungen zurück, daß das Mädchen nach einem, der Knabe nach zwei Jahren starb, während zwei ebenfalls erkrankte ältere Söhne nach schwerer, mehrwöchentlicher Niederlage und Erscheinungen einer Myokarditis wieder gesund wurden.

In Bezug auf die Therapie bei schwerer septischer Erkrankung von Wöchnerinnen und Laparotomierten möchte M., ohne ein Gegner der intravenösen Silberinjektion zu sein, doch die frühere Behandlung mittels kalter Packungen, kalter Bäder, Kampferinjektionen und Nährklysmen nicht missen, da doch auch dieses Verfahren so außerordentlich gute Resultate aufzuweisen hat; wenigstens

verfügt er über mehrere ebenso schwere und scheinbar ebenso hoffnungslose Fälle wie der von Herrn Klotz berichtete, wo wider Erwarten durch allerdings sehr energische Kaltwasserbehandlung schnelle Besserung und schließlich Heilung erzielt wurde.

II. Herr Leopold: Über die Operation eines nach der Scheide offenen Eiterherdes im kleinen Becken (Pyovarium dextrum). Tod durch Tetanus.

Die 48jährige Näherin A. K. (J.-Nr. 224, 1902) hat niemals geboren und will außer an Typhus im 18. Lebensjahre nie krank gewesen sein. Erste Menstruation im 13. Lebensjahre, letzte im 47. Seitdem soll noch ab und zu in unregelmäßigen Pausen etwas Blut abgegangen sein. Sie gibt an, vor einem Jahre wegen Schmerzen in der linken Seite in der Klinik des Herrn Dr. Goldberg durch Bauchschnitt operiert zu sein. Heilung in 5 Wochen. 3 Wochen nach der Entlassung durch »Überanstrengung« Auftreten von Schmerzen, Blutabgang und Fieber; abermalige Operation in derselben Klinik; nach 7 Wochen als gebessert entlassen.

Am 21. April 1902 wurde Pat. wegen Schmerzen im Leibe und eitrigen Ausflusses in die kgl. Frauenklinik aufgenommen. Die Narkosenuntersuchung ergab: Eine Fistel rechts hinter der Portio führt in einen Adnextumor, der jedenfalls der vereiterten rechten Tube und dem Ovarium entspricht. Uterus und benachbarte Organe chronisch entzündet, unter sich fest verlötet. Da dieser Tumor den Eindruck einer schwer auszulösenden vereiterten Geschwulst machte, wurde die vaginale Operation beschlossen, nachdem vorher unter Bettruhe und Prießnitz die subjektiven Beschwerden geschwunden, Temperatur und Puls normal geworden waren.

10. Mai 1902 Operation: Die Fistel hinter der Portio wird mit Kornzange erweitert, die Abszeßhöhle mit sterilem Wasser durchspült. Es entleert sich übelriechender, dickflüssiger Eiter. Nach Exstirpation des Uterus und Ablösung der mit ihm verlöteten Darmschlingen wird dann die Abszeßwand, die mit der vorderen Rektumwand besonders stark verlötet war, stumpf gelöst und der ganze Eitersack nach und nach abgebunden. Leichte Tamponade der Scheide, um einen Vorfall der Därme zu verhüten. 4 Stunden post operationem mußte wegen Nachblutung die Tamponade vorgezogen werden. Die Stümpfe erwiesen sich als gut gesichert, dagegen blutete es aus mehreren Scheidengefäßen, die teils umstochen, teils abgeklemmt wurden. Darauf feste Tamponade der Scheide — nachdem das Operationsfeld trocken gelegt war —; Kochsalzinfusion; Kampfer.

Die Frau erholte sich allmählich wieder von der schweren Anämie; am 15. Mai wurden die Klemmen und ein Teil der Tamponade, am 17. Mai der Rest derselben entfernt, der ganz trocken und nur zum Teil schwarzbraun gefärbt war.

Nach dem bisherigen Verlaufe ließ sich annehmen, daß mit der Fortnahme des Uterus und der beiderseitigen Adnexe der Eiterherd ebenfalls gänzlich entfernt war, und daß nunmehr die Kranke zur Genesung kommen würde.

Es ist aber hier ergänzend sogleich hinzuzufügen, daß das subjektive Befinden zwar bis zum 20. Mai gut war, daß aber Pat. bei der Abendvisite über Schmerzen im Gesicht, Schultern und Rücken klagte. Bei Fehlen eines objektiven Befundes wurden diese Schmerzen für rheumatische oder neuralgische angesprochen, bis sich am Morgen des 21. Mai nacheinander Trismus, Opisthotonus und bretharte Spannung der Bauchdecken einstellten.

11 Uhr 15 Minuten vormittags wurde die Diagnose Tetanus gestellt und sofort 56,5 A.-E. Tetanusantitoxin (Behring) eingespritzt.

6 Uhr 30 Minuten nachmittags war der Zustand derselbe geblieben bei normaler Temperatur und regelmäßigem Rhythmus des auf 120 gesteigerten Pulses. Abermalige Injektion von 43,5 A.-E.

Die Nacht zum 22. Mai war nach Morphium zeitweise schlafend verbracht worden.

22. Mai 5 Uhr 30 Minuten vormittags klonisch-tonische Zuckungen; 2 g Chloralhydrat.

10 Uhr 30 Minuten vormittags 100 A.-E. Trotzdem verschlimmerte sich der Zustand beständig: Klonische Zuckungen, vorwiegend der Rumpf- und Oberschenkelmuskulatur; bald lächelnder, bald schmerzhaft verzerrter Gesichtsausdruck; Puls um 116, leicht unterdrückbar; Atmung unregelmäßig; Pupillen maximal erweitert.

Nachdem 11 Uhr 40 Minuten vormittags noch einmal 600 ccm Kochsalzlösung injiziert waren, trat am 22. Mai 12 Uhr 15 Minuten nachmittags unter angestrengter, immer oberflächlicher werdender Atmung der Exitus ein.

Die Untersuchung des am 10. Mai exstirpierten Präparates (Uterus und rechte Adnexe mit einer Narbe an der Stelle des linken Tubenansatzes) ergab: »Metritis, Endometritis, Salpingitis, Perisalpingitis dextra. Pyovarium dextrum«.

Die Sektion der Leiche ergab im wesentlichen: »Chronische Peritonitis. Exstirpation des Uterus. Jauchiger Absseß am Beckenboden zwischen Beckenwand und Darmschlingen. Zahlreiche Verwachsungen der Darmschlingen untereinander. Schwere parenchymatöse Degeneration der Nieren; Infektionsmilz mäßigen Grades. Hypostase und beginnende Pneumonie beider Unterlappen. Beginnende fibrinöse Pleuritis beider Unterlappen. Obsolete Bronchialdrüsentuberkulose. Bronchitis. Schlaff atrophisches Herz. Chronischer Magenkatarrh«. (Ober-Med.-Rat Dr. Schmorl.)

In dem aus dem kleinen Becken stammenden Eiter werden Strepto- und Staphylokokken, auch vereinzelte mit endständigen Sporen versehene Bazillen gefunden, die ihrem morphologischen Verhalten nach den Tetanusbazillen entsprechen. Eine mit dem Eiter geimpfte Maus starb aber erst am 9. Tage an den deutlichen Erscheinungen des Tetanus.

Epikritisch ist zu bemerken, daß der Eitersack, mit welchem die Kranke zur Klinik kam, außerordentlich fest mit seiner ganzen Umgebung verwachsen war, so daß die Finger des Operateurs mit der äußersten Vorsicht die Ausschälung vornehmen mußten, wenn nicht ein Durchbruch in das Rektum erfolgen sollte. Inwieweit hierbei der Finger in die von der chronischen Entzündung durchfeuchtete Rektumwand doch vorgedrungen ist oder daran Bakterien ihre leichtere Überwanderung finden konnten, muß ganz dahingestellt bleiben.

Jedenfalls war eine Ursache zu dem Tetanus, soweit die Erörterungen sich auch erstreckten, nicht auffindbar. Seit vielen Jahren war in der Klinik ein Fall von Tetanus nicht vorgekommen. Keine der vorher oder nachher Operierten hatte über ähnliche Erscheinungen zu klagen. Und doch wird das Gift bei der Operation, wenn nicht bei der Wiedererneuerung der Tamponade 4 Stunden post op., hineingelangt sein. — Angesichts aber der peinlichen Desinfektion bei beiden Vornahmen hat diese Erklärung bei weitem nicht die Wahrscheinlichkeit als die Annahme, auf welche der Obduzent, Herr Ober-Med.-Rat Dr. Schmorl, hinwies, daß sich, da der Eitersack monatelang mit der Außenwelt durch die Fistel in Verbindung befand, Tetanusbazillen in dem Eiter schon seit langer Zeit aufgehalten haben können.

Da nun bei der Auslösung der Sackwandung letztere an einer morschen Stelle aufbrach und kleinste Reste davon an der Beckenwand sitzen geblieben waren, welche hier zu dem Jaucheherde geführt hatten, so wird wahrscheinlich auch von hier aus der zum Tode führende Tetanus seinen Ausgang und seine Verbreitung gefunden haben.

Auch dieser Fall mahnt wiederum zur möglichst frühen Entfernung chronischer Eiterherde im kleinen Becken.

Diskussion: Herr Goldberg hat vor etwa Jahresfrist bei derselben Kranken eine in Stieldrehung begriffene, kindskopfgroße, linksseitige Ovarialcyste durch Laparotomie entfernt, aus dem Uterus ein subseröses Myom enukleiert (rechts oben) und die rechten Adnexe aus ihren Verwachsungen befreit, die, weil sonst makroskopisch nicht verändert, zurückgelassen wurden. Nach ungestörtem Heilungsverlaufe wurde Pat. am 20. Tage bei gutem Befinden entlassen. Sie kehrte nach $2^1/_2$ Wochen in die Klinik zurück — elend, hoch fiebernd, mit einem Exsudate, dessen obere Grenze zwei Querfinger unter dem Nabel stand und das sich

fluktuierend in die Vagina vorbuchtete. Sie erzählte, vor 5 Tagen bei dem Versuche, einen verunglückten Mann vom Boden aufzuheben, plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Seite verspürt zu haben, der allmählich zugenommen und sie gezwungen habe, sich zu Bett zu legen. Von da an sei sie krank, während sie sich vorher wohl fühlte. Durch Inzision im Douglas wurde eine große Menge mit Blut gemischten, höchst übelriechenden Eiters entleert. Unter Weiterbehandlung mit dauernder Offenhaltung der Douglaswunde, Ausspülungen, lockerer Tamponade, verschwand das Fieber und die Kräfte nahmen allmählich zu, so daß Pat. auf Wunsch ambulant weiter behandelt werden konnte. Die Absonderung aus der Douglasöffnung blieb aber dauernd eine erhebliche und die Verschwartung in der rechten Seite war sehr ausgedehnt, so daß der Pat. zu nochmaliger Aufnahme in die Klinik und Operation geraten wurde, die sie — aus äußeren Gründen — auf Freistelle in der kgl. Frauenklinik gesucht und gefunden hat.

---

262. Sitzung am 19. Juni 1902.

Vorsitzender: Herr Marschner;

Schriftführer: Herr Buschbeck, später Herr Albert i. V.

Vor der Tagesordnung demonstriert:

1) Herr Schmorl unter Bezugnahme auf die jüngst erschienene Arbeit von Schlagenhaufer[1] ein malignes Embryom des Hodens. Dasselbe stammt von einem 21jährigen Soldaten, bei dem sich innerhalb kurzer Zeit ein fast faustgroßer, vom Hoden ausgehender Tumor entwickelt hatte, der sehr rasch unter Metastasenbildung den Tod herbeiführte. Die Metastasen saßen zumeist in den retroperitonealen Lymphdrüsen, welche zu einem mannskopfgroßen, außerordentlich blutreichen und von zahlreichen Blutungen durchsetzten Tumor umgewandelt waren, sowie in der Leber, in der sich mehrere stark hämorrhagische Knoten fanden. Der primäre Tumor erwies sich als ein typisches Embryom, insofern sich Abkömmlinge aller drei Keimblätter nachweisen ließen. Auch in den Metastasen der retroperitonealen Lymphdrüsen fanden sich teratoide Wucherungen der verschiedensten Art, vorwiegend aber mit Cylinderepithel ausgekleidete, in karzinomatöser Entartung befindliche drüsige Räume. Im Bereiche der Hämorrhagien wurden auch große, zum Teil mehrkernige Zellen mit chromatinreichen Kernen gefunden, welche aber eine charakteristische Anordnung nicht erkennen ließen. Bei der Untersuchung einer Lebermetastase erhielt man aber Bilder, wie sie bei der mikroskopischen Untersuchung von Chorionepitheliomen ganz regelmäßig gefunden werden und als charakteristisch für diese Geschwulstart gelten. Die Wucherungen setzten sich zusammen aus teils guirlandenartig angeordneten syncytialen Elementen, teils aus kleinen polyedrischen Zellen mit hellem Protoplasma und scharfen Konturen, welche den Langhans'schen Zellen vollständig glichen. Diese Zellen waren teils mit syncytialen Massen untermischt, teils traten sie in Form von kurzen Balken auf, die an der Oberfläche mit Syncytium bekleidet waren. Dieser Befund in der Lebermetastase gab Veranlassung, auch den primären Tumor nach solchen Gebilden zu durchsuchen, und es ließen sich schließlich auch im letzteren an einer etwa stecknadelkopfgroßen Stelle typische chorionepitheliomartige Wucherungen nachweisen.

S. erörtert im Anschluß daran in Kürze die von Schlagenhaufer in betreff der Genese dieser syncytialen Wucherungen in Hodenteratomen gegebenen Ausführungen und hält es für sehr wahrscheinlich, daß die chorionepithelialen Wucherungen in Teratomen als Abkömmlinge rudimentärer Fruchthüllen anzusehen seien, wenngleich zugegeben werden müsse, daß auch noch andere Erklärungsmöglichkeiten gegeben seien.

Von großem Interesse ist in dem vorliegenden Falle der Umstand, daß sowohl im Primärtumor als auch in den Metastasen die chorionepitheliomartigen Wuche-

[1] Wiener med. Wochenschrift 1902. Nr. 22 u. 23.

rungen gegenüber den andersartigen, teratoiden, verschiedenen Geweben entstammenden Wucherungen in den Hintergrund traten.

2) Herr Peters: Demonstrationen.

1) Uterus mit doppeltfaustgroßem Myom der vorderen Wand, welches sich nachweislich bei der 48jährigen Pat. erst in den letzten 2 Jahren entwickelt hatte. Blutungen zuletzt wochenlang andauernd, äußerst stark, so daß einmal eine ununterbrochene Bettruhe von 6 Wochen nötig war. Erst als Homöopath und Magnetopath längere Zeit erfolglos behandelt hatten, entschloß sich die messerscheue Pat. zur Operation. Nach vaginaler Totalexstirpation mit Morcellement reaktionslose Heilung.

2) Adenoma uteri. Die 46jährige Pat. war anderwärts bereits curettiert; anschließend daran 8 Wochen Sistieren der Blutungen, darauf wieder 4 Wochen anhaltende Blutung, weshalb ich den mäßig vergrößerten Uterus vaginal entfernte. Die reichlichen, zum Teil lang flottierenden Schleimhautwucherungen hatten sich nach der Curettage auffallend schnell wieder entwickelt. Die mikroskopische Diagnose Adenom war auch bereits nach der Curettage gestellt worden. Ungestörte Heilung.

3) Uterus myomatosus mit Graviditas Anfang 2. Monates.

Gesamtgewicht (ohne Ei) 1250 g. Ein über faustgroßes, im kleinen Becken inkarzeriertes Cervixmyom (500 g schwer) schloß die Möglichkeit einer spontanen rechtzeitigen Geburt aus. Zudem großes interstitielles Myom in der rechten seitlichen Korpuswand; dem Fundus kammartig aufsitzend eine Reihe kleiner subseröser Myome.

Nach supravaginaler retroperitonealer Amputatio cervicis Heilung p. p. Das Ei entschlüpfte während der Operation aus der Uterushöhle unversehrt. Die Zotten zeigen kolbige Verdickungen wie bei beginnender Blasenmole; mikroskopisch entsprechende Veränderungen.

4) Adenocarcinoma coli mit Durchbruch ins Becken und Metastasenbildung. Resectio coli. Kolotomie. Günstiger Verlauf.

Das Präparat besteht in einem resezierten Dickdarmstück, welches 19 cm lang, bis $4^1/_2$ cm breit ist. Die oberen 4 cm sind gesund und zeigen normale Darmschleimhaut. Dann beginnt eine circuläre karzinomatöse Infiltration mit flächenartiger, grauweißer Zeichnung. Durch die Geschwulstbildung ist das Darmlumen bis auf einen durchschnittlich 1 cm breiten engen Kanal reduziert. Dicht oberhalb dieser stenosierten Darmpartie ist links seitlich eine alte Rupturstelle mit aufgeworfenem Rande und haselnußgroßer, polypenartiger Vorwucherung deutlich erkennbar. Intra vitam bestand hier eine feste Verklebung, die erst bei der Operation gelöst wurde (Produkt chronischer Entzündung nach der Ruptur). Die Konvexität des unteren Drittels des Darmstückes ist größtenteils von Serosa entblößt, zottig rauh. Der untere Rand ist ringsum von Geschwulst durchsetzt, zeigt nach außen aufgeworfene papilläre Randwucherungen, die rechts seitlich einen pflaumengroßen, pilzförmig der Darmwand aufsitzenden Tumor darstellen.

In dem anhaftenden mitentfernten Mesenterialgewebe sind einige erbsengroße harte Drüsen.

Ein wurstförmiger papillärer Tumor von 8 cm Länge und $2^1/_2$ cm Durchmesser saß neben kleineren papillären Wucherungen in der Nähe der eben beschriebenen Darmpartie im kleinen Becken.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt für den Darmtumor wie für die Metastasen Adenokarzinom (Ober-Med.-Rat Dr. Schmorl).

Die interessante Krankengeschichte dieses Falles ist folgende: 24jährige Nullipara Ende November 1900; 1 Monat nach Verheiratung Erkrankung unter hohem Fieber, Schüttelfrösten, Unterleibsschmerzen, besonders im linken Hypogastrium. Schmerzen beim Stuhlgang, in dem etwas blutige und schleimige Beimengungen. Brennen beim Wasserlassen. Der behandelnde Arzt stellte ein den linken Beckenrand nach oben weit überragendes Exsudat fest, entstanden, wie er glaubet, »offenbar im Anschluß an eine gonorrhoische Infektion«. Langsame Rückbildung des Exsudates. Pat. ist 13 Wochen bettlägerig, wird langsam wieder arbeitsfähig.

Es bleiben leichte linksseitige Schmerzempfindungen. Bisweilen etwas Schleim oder einzelne Blutfäden im Stuhl. Neigung zu Durchfall. Nie Darmblutung, nie Erbrechen.

Menses alle 3—5 Wochen, 3—4tägig, mäßig stark, mit prä- und postmenstruellen Schmerzen (Brennen und Ziehen besonders im linken Hypogastrium). Keine tuberkulöse Belastung, kein Husten, kein Auswurf. Seit Anfang Oktober 1901 zunehmende Schwäche, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Zunahme der linksseitigen Schmerzen, keine auffallenden Störungen des Stuhlganges.

Am 24. Oktober 1901 untersuchte ich die Pat. erstmalig: Kleine, sehr anämisch-kachektisch aussehende, magere, grazil gebaute Pat. Puls klein, 100, Temperatur normal; Lungen gesund, im Urin Spuren Albumen. Keine Stigmata gonorrhoica. Der antevertiert liegende Uterus ist etwas nach rechts vorn gedrängt durch einen gut faustgroßen, halbweichen, links neben und hinter dem Uterus liegenden höckrigen Tumor, der den Douglas etwas vorwölbt und der nicht verschieblich ist.

Rechte Adnexe normal. Die Exploration vom Rektum aus läßt keine lokale Darmerkrankung feststellen. Schleimhaut, soweit abtastbar, überall glatt. Der vorderen oberen Rektumwand anliegend, fühlt man den erwähnten Tumor des Douglas.

Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Ovarialtumor, event. maligner Natur oder zum Teil vereitert, mit Eingeweiden verwachsen.

Zugeschickt wurde mir die Pat. mit der Diagnose, der fühlbare Adnextumor sei wohl eine Pyosalpinx mit Darmverwachsungen.

27. November 1901 Aufnahme. Temperatur 37,7, Puls 100, klein, Stuhl nach Wasserklystier normal. Am Herzen anämisches Geräusch.

Am 29. November Laparotomie in Äthernarkose (mit Latschen-Kieferölzusatz nach Dr. Becker, Hildesheim).

Nach Eröffnung des Peritoneum liegt in der linken Beckenhälfte ein Konglomerat von Darmschlingen, Netz und durchzufühlenden Geschwulstpartien vor. Nach Lösung verschiedener Adhäsionen scheint das Colon descendens zunächst ablösbar, doch dann zeigt sich die Darmwand von Geschwulst infiltriert und beim vorsichtigen Lösen seitlicher Verwachsungen mit dem Perit. parietale quellen plötzlich papillomatöse Massen vor. Die an dem Präparate sichtbare alte Rupturstelle liegt frei. Resektion der erkrankten Dickdarmpartie mit anhaftendem Mesenterium oben im Gesunden. Nach unten zu reißt trotz vorsichtigsten Vorgehens plötzlich in der Tiefe des Beckens das Kolon circulär ab. Die brüchige Darmwand ist hier breit von papillomatösen Massen durchsetzt, die nach außen pilzförmig vorragen und weiterhin nach dem Uterus zu, etwa der Gegend der linken Adnexe entsprechend, als kleinere papillomatöse Geschwülste dem Peritoneum aufsitzen. Von den linken Adnexen ist nichts erkennbar. Die rechten Adnexe sind völlig normal; Tube offen.

Nach Möglichkeit Entfernung der Geschwulstmassen. Eine radikale Entfernung und Resektion des unteren Kolons im Gesunden ist unmöglich. Zudem drängt der elende Puls der Pat. zur möglichsten Beschleunigung, da trotz reichlicher Verabreichung von Kampfer der Exitus auf dem Operationstische zu befürchten ist. — Jodoformgazedrainage der Gegend des ausgeschalteten unteren Rektumstückes nach v. Mikulicz, Einnähen der oberen Dickdarmendes mit Katgutknopfnähten in dem oberen Winkel der Bauchdeckenwunde.

Der Heilverlauf ist ein auffallend günstiger. Der Puls fällt nach einigen Tagen bis auf 78, die Temperatur steigt anfangs bis 38,5, ist vom 5. Tage ab stets normal. Nach 6 Tagen wird mit der Entfernung der Jodoformgazetamponade begonnen. Der Anus praeternaturalis funktioniert vom 3. Tage ab andauernd tadellos. Täglich ein bis zwei breiige oder feste Stuhlentleerungen. Umgebende Haut nie gereizt. Appetit und Schlaf gut. Pat. erholt sich schnell und wird 29 Tage nach der Operation entlassen.

Zur Zeit, über $^1/_2$ Jahr nach der Operation, befindet sich Pat. noch wohl und zufrieden und verrichtet ihre gesamten häuslichen Arbeiten. Am 4. Mai 1902

nahm ich zuletzt eine genaue Untersuchung vor. Abgesehen von einer zeitweisen geringen Schmerzempfindung nach dem Wasserlassen (Urin klar, frei von Albumen) und zeitweiligen Wallungen mit aufsteigender Hitze, Herzklopfen und leichtem Beklemmungsgefühl hat Pat. keinerlei Beschwerden. An die Unannehmlichkeiten des Anus praeternat. hat sie sich gewöhnt. Die Stuhlentleerung erfolgt schmerzlos. Appetit und Schlaf gut. Menses regelmäßig, 2—3tägig, schwach, nur das erste Mal nach der Operation schmerzhaft.

Pat. sieht noch anämisch aus, aber nicht mehr kachektisch. Unverkennbare Gewichtszunahme. Die $8^1/_2$ cm lange, etwas links von der Linea alba liegende Bauchdeckennarbe schließt dicht; im oberen Teile liegt die knapp 50pfennigstückgroße Kolotomieöffnung, deren oberer Rand zwei Querfinger breit unterhalb des Nabels liegt.

Uterus in Anteversio-flexio eleviert, nahe den Bauchdecken; Fundus bis zum Fistelrande reichend; Bewegungen des Uterus etwas empfindlich. Vom Uterusfundus zieht ein flacher Narbenstrang, dünn ausstrahlend zur linken seitlichen Beckenwand und ebenso ein gleicher unempfindlicher Narbenstrang zu den Bauchdecken. Von einer Geschwulstbildung, kleinen Knötchen oder dergleichen ist nichts nachweisbar. Kein Ascites.

Die Exploration per rectum ist etwas schmerzhaft (Sphinkterdehnung). Rektalwand völlig glatt; in Fingerlänge blindsackförmiges Ende.

Interessant ist in diesem Falle, daß die weit vorgeschrittene maligne Neubildung bei der jugendlichen Pat. (27 Jahre) offenbar erst dann auffallende klinische Symptome machte, als bereits der Durchbruch der Darmwand erfolgte (Ende November 1900). Die mit großer Exsudatbildung einhergehende Erkrankung wurde damals als eine gonorrhoische gedeutet (Pat. hatte 1 Monat vorher geheiratet), und da auch in der Folge die Symptome seitens des Darmes äußerst geringfügige waren, kam Pat. erst 1 Jahr später in spezialärztliche Behandlung zu mir. Auffallend ist, daß trotz der hochgradigen Verengerung des Darmlumens bis zuletzt der Stuhlgang so beschwerdelos erfolgte.

Da ich bei der rektalen Untersuchung keine Neubildung im Darme nachweisen konnte, dagegen neben dem Uterus einen Tumor im Douglas, lag die Diagnose auf Ovarialtumor, event. mit Darmverwachsung, sehr nahe.

Da eine völlig radikale Entfernung der papillomatösen Neubildung nicht möglich war, ist das jetzige Resultat ein überraschend gutes. Zurückgelassene kleine Geschwulstreste scheinen sich nach der Entfernung des Haupttumors zurückgebildet zu haben. Sollte auch bei weiterer Beobachtung ein Auftreten eines Rezidives nicht nachzuweisen sein, so würde, nach einigen Monaten vielleicht, die Radikaloperation der Darmfistel in Frage zu ziehen sein.

Tagesordnung:

I. Herr Krull: Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus internus und ein Fall von kongenitaler Cystenniere beim Neugeborenen.

Vortr. zeigt die Mißbildungen zweier neugeborener Kinder und bespricht die Ätiologie. Das eine Kind war ausgetragen und in maseriertem Zustande spontan in Schädellage geboren. Es hatte außer einem doppelseitigen Klumpfuße, einen Nabelschnurbruch, Ascites, Hydrothorax und Atelektase der Lungen, eine bis auf Apfelgröße erweiterte Harnblase und bis auf Fingerdicke dilatierte Ureteren. Auf der linken Seite waren zwei Ureteren, welche getrennt aus der Niere entsprangen und getrennt nebeneinander in die Harnblase mündeten. Die Nieren zeigten deiderseits das Bild einer hochgradigen Hydronephrose. Das Zentrum derselben bestand aus großen cystösen Hohlräumen, an der Peripherie zeigte sich makrokopisch und mikroskopisch ziemlich normales Nierengewebe. Als Ursache der Stauung fand sich ein wohlausgebildeter Uterus mit Scheide, welcher hinter der Blase lag. Die Scheide endete nicht blind, sondern ein dünner Kanal führte nach bem sog. Colliculus seminalis und mündete hier. Die Scheide war ein praller, mit Schleim gefüllter Schlauch und hatte den Blasenhals und den Anfangsteil der Urethra komprimiert, so daß der Harnblase der Abfluß verlegt war. Die äußeren

Genitalien waren vollkommen ausgebildet. Außer dem Uterus und der Scheide fanden sich weiter rudimentär entwickelte Tuben. An Stelle der Ovarien waren Hoden vorhanden. Ferner waren beiderseits Nebenhoden, Vas deferens und das Gubernaculum Hunteri, welches nach dem Leistenkanale zog, gut entwickelt. Eine Prostata war vorhanden, doch fehlten die Samenbläschen; auch die Ausführungsgänge konnten nicht gefunden werden. Die Vasa deferentia waren nicht ganz zur Entwicklung gekommen, sie gingen in die Seitenwände des Uterus und endeten blind. Nach dem makroskopischen und mikroskopischen Bilde (Präparate wurden zur Kontrolle aufgestellt) handelte es sich bei diesem Kinde um einen Pseudohermaphroditismus masculinus internus mit fast völlig vorhandenen Müller'schen Gängen.

Nachdem zum besseren Verständnis eine kurze entwicklungsgeschichtliche Skizze entworfen war, wurde die Ätiologie des Falles besprochen. Zuerst wird die weitverbreitete Ansicht von dem Vorhandensein eines primären Hermaphroditismus zur Anschauung gebracht und dann auf die interessante Arbeit von Benda eingegangen, in welcher er die Ansicht vertritt, daß der männliche Typus nicht eine dem weiblichen Typus entgegengesetzte, sondern eine teils progressiv, teils regressiv modifizierte Entwicklung desselben darstellt. — Der erläuterte Fall wird als 17. jenen 16 Fällen angereiht, welche Merkel in den Beiträgen zu den Mißbildungen des männlichen Genitalapparates in einer Tabelle zusammengestellt hat.

In seinem zweiten Falle schildert Vortr. einen Fall von kongenitaler Cystenniere. Das Kind, 1810 g schwer, wurde spontan in Steißlage geboren und ging nach $^1/_4$ Stunde zugrunde. Es hatte neben Mikrocephalus, Meningokele, Polydaktylie und linksseitigem Klumpfuß, cystisch entartete Nieren. Diese waren von stecknadelkopf- bis kirschkerngroßen, mit hellem Inhalt gefüllten Hohlräumen durchsetzt, welche dem Ganzen ein schwammiges Aussehen verliehen. Normales Nierengewebe war nicht mehr zu erkennen. Beide Nierenbecken sind atrophisch, ebenso die Ureteren und die Harnblase, welche nur federkieldick ist. Das mikroskopische Bild zeigt den Ureter obliteriert. Die Cysten der Nieren bestehen aus Glomeruluscysten und Cysten der geraden Harnkanälchen, doch sind letztere Hohlräume nicht allseitig abgeschlossen, sondern bei einigen bemerkt man ein Kanälchen, anscheinend ein Samenröhrchen, nach abwärts ziehen. Mit größter Wahrscheinlichkeit ist dieser Fall demjenigen analog, welchen Ribbert in den Verhandlungen der deutschen pathologischen Gesellschaft zur Sprache gebracht hat. Seine dort gegebenen Abbildungen decken sich mit den mikroskopischen Bildern dieses Falles. Auch hier werden keine gewundenen Harnkanälchen gefunden, das Zwischenbindegewebe der Cysten ist stark gewuchert und häufig kleinzellig infiltriert. Die Entstehung dieser Cystennieren wird daher ebenso, wie Ribbert hervorhebt, auf einer Entwicklungsstörung beruhen, indem die Nichtvereinigung der beiden zunächst getrennten Nierenanlagen, nämlich der gewundenen Harnkanälchen einerseits und der geraden Harnkanälchen andererseits, diese cystische Degeneration hervorgerufen hat. — Gleichzeitig mit dieser Theorie, welche die Ätiologie der kongenitalen Cystennieren von einer Entwicklungsstörung ableitet, zumal die Besitzer einer solchen auch anderweitige Mißbildungen ihres Körpers haben, werden die beiden anderen Theorien erwähnt, nämlich die Retentionstheorie auf entzündlicher Basis und die Neubildungstheorie.

Als Ursache, welche im vorliegenden Falle die Vereinigung der getrennten Nierenanlagen verhindert hat, wird die Bindegewebswucherung angesehen und diese auf eine kongenitale Lues zurückgeführt, zumal diese Krankheit in drüsigen Organen oft Zellanhäufungen und eine pathologische Entwicklung der bindegewebigen Bestandteile bewirkt. Zeigt doch auch die stark vergrößerte Leber äußerlich das Bild einer Feuersteinleber und im Mikroskop eine enorme Bindegewebswucherung und zahlreiche kleinzellige Infiltrationen.

II. Herr Klotz spricht 1) über die Lösung fixierter Retroflexionen.

Seine Statistik verfügt über 15% Fixationen, von denen ein halbes Prozent keine Beschwerden macht. In 3% fand er feste Stränge, die mit dem Messer

durchtrennt werden mußten, in 12% nur Flächenadhäsionen, die mit mehr oder weniger Schwierigkeiten c. digito per vaginam zu lösen sind. In den schwierigen Fällen dilatiert er den Uterus und legt einen 75 mm dicken Uterusstift ein. Man kann auf diese Weise eine große Gewalt anwenden, ohne die Muskulatur des Uterus selbst zu gefährden.

Weiter spricht er über Vaginalpessarien. Bei älteren Frauen und Defekt des Perineum ist nur von den Stielpessarien ein Erfolg zu erwarten. Seit 15 Jahren wendet er mit dem besten Erfolge Sieb- oder Tellerpessarien an, die als Stiel eine durchbohrte cylindrische Röhre von $^3/_4$ cm Durchmesser und 2 cm Länge besitzen. Das Pessar besitzt den Vorzug, daß es sehr wenig reizt, und schon kleine Nummern genügen, den Prolaps zurückzuhalten.

3) spricht er über das Befinden seiner Laparotomierten in den ersten Tagen nach der Operation.

Trotz vorausgegangener gründlicher Entleerung des Darmes und Sterilisation desselben sind nur 15% ohne Klagen, während 85% unter Anhäufung von Gasen mehr oder weniger zu leiden haben. Letztere können in der horizontalen Lage nicht entweichen und führen unter Umständen zur vollständigen Paralyse des Verdauungstraktus. Die Gase entweichen nun ganz leicht per os, wenn man die Kranken aufrichtet. Zu diesem Zwecke hat er sich ein Bett bauen lassen, dessen Rahmen 1 m hoch ist und dessen Matratze durch eine Kurbel bewegbar ist. Er kann in diesem Bette die Kranken bis 60° vertikal stellen. Die Kranken verbringen ganz gern eine halbe Stunde in dieser Stellung, die Bedienung wird durch 30 cm hohe Fußtritte ganz bequem gemacht. Die Wirkung der Prozedur ist eine so auffällige, daß Kranke in mehreren Fällen energisch in dieses Bett zurück verlangten.

4) teilt er die günstigen Erfolge der Atemgymnastik mit.

Dem Arzte begegnen täglich Mädchen und junge Frauen, die ohne jede anatomische Störung schwer krank sind. Kraft- und saftlos schleichen sie mit vollkommen gestörten Körperfunktionen umher. Als wirklichen Grund dieses Jammers fand er stets oberflächliche Atmung. Seit 2 Jahren hat er eine Gesanglehrerin an der Seite, die den Bejammernswerten das Tiefatmen lehrt. Ein Kursus von 6 Wochen täglicher halb- bis einstündiger Übungszeit wirkt in einer geradezu wunderbaren Weise. Das Gewicht der Kranken nimmt um 2 kg zu, der Brustumfang wächst um 2 und 8 cm, die alten Kleider passen nicht mehr. Er verfügt über 27 Fälle, die alle energische Badekuren erfolglos gebraucht hatten und bei denen außer der Atemgymnastik jede Therapie unterblieb. Von wirklichen Erkrankungen sah er Skoliosen, Lymphdrüsen-, Nasen-Rachenraumwucherungen in kurzer Zeit schwinden. Er hat die feste Überzeugung, daß die Riesenerfolge, die in modernen Sanatorien, in den Bergen, an der Nordsee, in den Kohlensäurebädern erzielt werden, nur in unbewußter Tiefatmung ihren Grund haben. Kaltes Wasser, kalte Luft, Höhenluft, Seeluft, Kohlensäurebäder lösen reflektorische Tiefatmung aus. Billiger und bequemer, von Mißerfolgen nie begleitet, weil leicht zu überwachen, ist jedenfalls die systematische Tiefatmung im eigenen Hause.

Diskussion: Zu Punkt 3 bemerkt Herr Peters, daß er zur Vorbereitung für Laparotomien nur Einläufe gibt, Abführmittel und Desinfizientien des Darmes aber vermeidet.

Auf Punkt 4 geht Herr Leopold ein und stimmt dem Vortr. bei zu der Forderung, daß der Gynäkologe junge Mädchen möglichst nicht gynäkologisch behandeln soll. Wirkliche Skoliosen lassen sich durch Lungengymnastik sicher nicht beseitigen, wohl aber Schiefhaltungen der Wirbelsäule, was vom Vortr. bestätigt und an Abbildungen erläutert wird.

III. Herr Dr. Schubert wird zum ordentlichen Mitgliede der Gesellschaft gewählt.

4) Vereinigung der Breslauer Frauenärzte.

Sitzung am 20. Januar 1903.

Vorsitzender: Her Küstner; Schriftführer: Herr Asch.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit einem warmempfundenen Nachruf auf Sänger, zu dessen Ehrung sich die Anwesenden erheben.

Herr Gradenwitz: 1) Vaginale Totalexstirpationen ohne Narkose.

Verf. berichtet über drei Fälle, bei denen er im November 1902 und Januar 1903 die vaginale Totalexstirpation des Uterus ohne Narkose vorgenommen hat.

Die erste, 34jährige Pat., die in recht günstigem Gesundheitszustande vorgestellt wird, litt an einer mit überaus heftigen Beschwerden und starken Blutungen einhergehenden Retroflexio uteri, gegen welche die Alexander-Adams'sche Operation sowie langdauernde Pessarbehandlung bereits vergeblich versucht war. Es erschien am sichersten, bei der hochgradig phthisischen und anämischen Pat. an Stelle künstlicher Sterilisierung zur Verhütung weiterer Schwangerschaften dieser Indikation zugleich mit der Beseitigung der ungewöhnlich großen Retroflexionsbeschwerden durch die Entfernung des Uterus gerecht zu werden. Während des 25 Minuten dauernden Eingriffes hatte Pat. nur 4 Momente Schmerzen, beim Abbinden des untersten Teiles jedes Lig. latum, des rechten Tubenansatzes und links — wo die Adnexe des kleincystisch degenerierten Ovariums halber mit entfernt wurden — beim Umschnüren des Spermatikalstieles. Nach glatter Genesung wurde Pat. geheilt entlassen.

Die zweite, 69jährige Pat., die völlig gesund vorgestellt wird, hatte einen durch Ringe nicht zurückhaltbaren Totalprolaps von Uterus und Vagina und konnte einer zweifaustgroßen Struma halber nicht narkotisiert werden. Die Operation bestand hier in vaginaler Uterusexstirpation, ausgiebiger vorderer Kolporrhaphie und Kolpoperineoplastik, verlief glatt und führte zu völliger Heilung der Pat., die nach 3 Wochen entlassen wurde.

Die dritte, 70jährige Pat. hatte eine hochgradige Myodegeneratio cordis, Anämie, Kyphoskoliose und befand sich in elendem Allgemeinzustande. Eines Portiokarzinoms halber wurde der Uterus auch hier vaginal entfernt, unter Anästhesierung der Ligamente mit schwacher Schleich'scher Lösung, welche absolut schmerzfreien Verlauf der Operation zur Folge hatte. $2^1/_2$ Stunden nach Schluß der Operation trat plötzlich Exitus letalis ein, für den die Sektion außer Myodegeneratio cordis et Dilatatio ventric. einen Anhalt nicht ergab; ein Spätchok muß hier angenommen werden. Vortr. empfiehlt trotz dieses Unglücksfalles die Vermeidung der Narkose bei der Uterusexstirpation in Ausnahmefällen, da man den Eingriff selbst einer sehr schwachen Pat. ruhig zumuten kann.

2) Entfernung der inneren Genitalien bei Fehlen der Scheide.

G. stellt ein 19jähriges Fräulein vor, bei dem seit $2^1/_2$ Jahren heftige, in vierwöchentlichem Intervall auftretende und mehrere Tage dauernde Schmerzen im Unterleibe bestanden, welche späterhin mit Appetitlosigkeit, Übelkeit und Schmerzen bei der Urinentleerung einhergingen und schließlich zu völliger Arbeitsunfähigkeit führten. Bei normalem Allgemeinstatus ergab die Besichtigung der Genitalien und die kombinierte Untersuchung per abdomen et per rectum an Stelle des Introitus vaginae eine kleine, wenige Millimeter tiefe Delle, völligen Scheidendefekt, rudimentären Uterus und normale Adnexe. Nach wochenlanger interner erfolgloser Behandlung nahm G. als ultimum refugium die abdominelle Entfernung der inneren Genitalien vor. Die demonstrierten Präparate zeigen normale Tuben, kleincystisch degenerierte Ovarien, die Tuben medianwärts übergehend in wenige Centimeter lange, bleistiftdicke, rundliche Körper, die rudimentären Uterushörner. Die mikroskopische Untersuchung der Ovarien ergab das typische Bild der kleincystischen Degeneration, die eines Uterushornes zeigte das Fehlen jedes Lumens in der Muskulatur.

Der Fall ist der 23. operative, der bisher publiziert worden ist, und unter diesen der 21., der zur Heilung geführt hat, da Pat. sich seit der Operation

besten Wohlbefindens erfreut, stramm körperlich arbeitet und von Ausfallserscheinungen verschont geblieben ist. Die Erklärung der vorangegangenen Beschwerden nimmt Vortr. als bedingt an 1) durch die periodische Anschwellung der Ovarien, welche bei fehlender Menstruation eine Stauung bezw. Hyperämie im Gefäßgebiete der inneren Genitalorgane einige Tage lang unterhält, und 2) durch die, auch in den meisten anderen Fällen beschriebene, kleincystische Degeneration der Ovarien, deren Beseitigung erst imstande ist, die Pat. von ihren Leiden zu erlösen.

Diskussion: Herr Küstner weist auf die Bedeutung des Fehlens des Hymen hin; ein Aufgeben der Heirat sei nicht notwendig.

Herr E. Fraenkel: Über Missed labour und Missed abortion.

(Der Vortrag erscheint in der Sammlung klin. Vorträge. Leipzig, Breitkopf & Härtel.)

Die Diskussion wird vertagt.

Herr Rothe: Benigne und maligne teratoide Geschwülste.

Vortr. berichtet über einen klinisch interessanten Fall von Dermoidcyste, in dem ein flach gewölbter Knochen gegen das hintere Scheidengewölbe andrängte und dort eine Art Kindesschädel vortäuschte. Unter den im letzten halben Jahre von Küstner operierten 40 Ovarialtumoren waren 7 teratoide Geschwülste, darunter 4 doppelseitig, während unter 351 in den letzten 10 Jahren operierten Eierstocksgeschwülsten nur 39 sich finden. Unter den letzten 7 war von besonderem Interesse ein benigner Tumor, in dem sich eine ganze Nebenniere fand (ein bisher nie erhobener Befund) und ein maligner (ein sog. Teratom), die ja an sich selten sind. Genauere Untersuchung soll folgen. Vortr. bespricht dann die neueren Theorien und hebt besonders die Wichtigkeit der Schlagenhaufer'schen Befunde für die Marchand-Bonnet'sche Theorie hervor.

Neueste Literatur.

5) Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. VII. Hft. 1.

1) P. Zweifel (Leipzig). Über die Behandlung der Uterusruptur.

Bei aller Anerkennung der großen Klien'schen Statistik über die Uterusruptur sind doch gewisse Bedenken gegen die aus derselben gezogenen Schlüsse nicht zu unterdrücken. Es sind bei der Berechnung der Statistik die kompletten und inkompletten Rupturen nicht getrennt. Es sind, wie das auch Klien schon hervorhebt, die Resultate absolut zu günstige, weil die Neigung, günstig verlaufene Fälle an die Öffentlichkeit zu bringen, gegenüber den Veröffentlichungen aller — also auch der ungünstigen — Fälle eine Verschiebung der Resultate ergibt. Nur die Zusammenstellungen aus Entbindungsinstituten mit allen, guten wie schlechten Fällen vermögen ein richtiges Bild zu geben. Eine derartige Zusammenstellung ist die von Schmit gegebene, die in der Hauptsache völlig anders lautet als die Klien'sche. Es müssen die sämtlichen Schlüsse, welche Klien aus seiner Statistik zog, einer erneuten Prüfung unterzogen werden, und deshalb berichtet Z. über die Erfahrungen über Uterusruptur an seiner eigenen Klinik. Es sind im ganzen 29 Fälle (darunter 2 aus der Erlanger Klinik), deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Die Mortalität betrug für alle Fälle 55%, für die 24 penetrierenden Risse 62,5%. Von den letzteren Fällen fallen 5 an akuter Verblutung vor Einleitung irgend einer Behandlung für die Beurteilung des Behandlungsverfahrens fort. Ein Gummidrain wurde eingelegt 3mal mit 1 Heilung; keine Behandlung fand statt 3mal mit 3 Todesfällen. Nähte von unten und Tamponade 1mal, Tod; Amputatio supravaginalis 2mal, 1 Heilung, 1 Todesfall. Weiter 9 Fälle, bei denen ausschließlich die Serosa, und ein Fundusriß, bei dem Muskularis und Serosa von der Bauchhöhle aus genäht und die Bauchhöhle vom Blute genau gereinigt wurde, mit 8 Heilungen und 2 Todesfällen (20% Mortalität); ein Fall, bei dem diese Naht versucht, aber nicht ausführbar war, endete letal.

Z. hat für die Fälle perforierender Uterusruptur die Drainage verlassen und führt in jedem Falle grundsätzlich die Laparotomie aus. Dieselbe wird in Horizontallage, nicht in Beckenhochlagerung gemacht, die blutenden Gefäße umstochen, das Blut aus der Bauchhöhle vollkommen bis auf den letzten Tropfen weggeschafft und dann die Serosa über den Riß hinweg in Falten genäht, dagegen die Uterusmuskulatur grundsätzlich, wenn sie nicht blutet, ungenäht gelassen. Letzteres deshalb, weil man das zerrissene Gewebe Gebärender in der Regel als infiziert anzusehen hat und man infizierte Gewebe nicht nähen soll. Die komplette Ruptur wird so in eine inkomplette verwandelt, als deren Folge tiefe Emmet'sche Risse zurückbleiben, derentwegen Z. die Sterilisierung solcher Frauen durch eine von ihm angegebene und beschriebene Tubenresektion empfiehlt.

In der Praxis, wo nicht sofort eine Operation ausgeführt werden kann, empfiehlt es sich, zur Blutstillung lange Billroth'sche Klemmen über beide Rißränder zu legen und die Kranke behufs Vornahme der Operation in ein Krankenhaus zu schaffen.

Den Hauptnachdruck legt Z. bei seiner Behandlungsmethode auf die Beschränkung der Naht auf die Serosa und die vollständige Trocknung der Bauchhöhle bis auf den letzten Tropfen.

2) F. Heinsius (Greifswald). Über die Entfernung entzündeter und durch Neubildungen erkrankter Ovarien mittels vaginaler Köliotomie.

Unter 700 seit dem 1. April 1899 in der Greifswalder Frauenklinik und der Martin'schen Privatklinik erwies es sich in 110 Fällen als notwendig, das erkrankte Ovarium oder Teile desselben zu entfernen. Nur in 2 Fällen wurde die hintere Kolpotomie angewandt, sonst stets die vordere. Die geübte Technik wird eingehend beschrieben. 29% der Operationen wurden bei Nulliparen gemacht, in 36,3% bestanden feste Verwachsungen, solche mit Darm und Netz in 14,5%. In 10% der Fälle war eine Köliotomie vorhergegangen, Nebenverletzungen von Darm und Blase kamen in 3,63% vor (1 ungeheilt, 0,9%), Fieber in der Konvaleszenz bestand in 13,6%, zur Ausbildung eines Exsudates kam es in 5,4% der Fälle, die Mortalität betrug 4,54%. Vorteile und Schwierigkeiten der Operation werden besprochen. Die Indikation der vaginalen Ovariotomie war kurz folgende: Bei allen kleineren entzündlichen oder neoplastischen Ovarialtumoren, bei denen oberhalb des kleinen Beckens liegende Verwachsungen mit den Därmen sich nicht erwarten lassen, ist der vaginale Weg zu bevorzugen. Bei eitrigem Inhalte ist die Indikation möglichst eng zu stellen und event. eine Drainage durch den Douglas vorzunehmen. Bei größeren, cystischen, beweglichen Tumoren findet die Operation dann Anwendung, wenn man glaubt, daß die Hervorleitung der Cyste in toto oder nach Entleerung des Inhaltes möglich ist und man keine Darmverwachsungen vermutet. Als obere Grenze galt im allgemeinen die Größe eines Straußeneies, für solide Tumoren Faustgröße. Größere können durch Zerstückelung entfernt werden; doch empfiehlt sich für diese wie für maligne Tumoren die Laparotomie.

3) A. Blau (Wien). Über die in der Klinik Chrobak bei gynäkologischen Operationen beobachteten Nebenverletzungen.

B. hat die in der Zeit vom 1. Januar 1890 bis 1. Januar 1902 vorgenommenen 5888 gynäkologischen Operationen auf Operationsverletzungen jeglicher Art durchgesehen. Unter 2193 Fällen, welche die Summe derjenigen Operationsgruppen darstellen, bei welchen sich überhaupt Verletzungen ereigneten, entstanden in 45 Fällen (d. i. in 2%) Nebenverletzungen; von diesen betrafen 15 einen oder beide Ureteren, 21 die Blase, 14 den Darm.

Von den 15 Ureterverletzungen entfallen 7 auf abdominale Totalexstirpationen des Uterus (davon 5 bei Myom), 3 auf Ovariotomien, 3 auf die vaginale und 1 auf die sakrale Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus, ein Ureter wurde beim Versuche der vaginalen Exstirpation des karzinomatösen Uterus verletzt. 11mal betraf die Verletzung einen, 4mal beide Ureteren. 12 Fälle endigten letal

(80% Mortalität), in 3 Fällen entstanden Ureter-Scheidenfisteln, von denen eine sich spontan schloß.

Von den 21 Blasenverletzungen entfallen 9 auf Laparotomien (4 Ovariotomien, 4 Myomotomien, 1 Totalexstirpation des Uterus bei Karzinom), 12 auf vaginale Operationen (1 Ovariotomie, 1 Totalexstirpation des myomatösen, 4 Totalexstirpationen des karzinomatösen Uterus, 1 Totalexstirpation bei Endometritis, 4 versuchte Totalexstirpationen des karzinomatösen Uterus, 1 vaginale Fixation des Uterus). 9 Fälle hatten einen tödlichen Ausgang, 5 genähte Verletzungen heilten glatt, 7mal (3 vollkommen genäht, 2 mit Drainage der Blase) entstanden Blasenfisteln, von denen 4 spontan heilten.

Von den 14 Darmverletzungen ereigneten sich 7 bei Laparotomien (4 Adnexexstirpationen, 3 Ovariotomien), 7 bei vaginalen Operationen (1 Totalexstirpation des Uterus bei Perimetritis, 1 Totalexstirpation des Uterus bei Carcinoma portionis, 1 Versuch der Totalexstirpation bei Carcinoma portionis, 1 Totalexstirpation des Uterus und der Vagina bei Carcioma vaginae, 2 Totalexstirpationen des myomatösen Uterus, 1 radikale Adnexoperation). 11 Fälle endigten tödlich, 3mal entstanden Darmfisteln, von denen 2 spontan heilten.

Entstehung, Vermeidung und Behandlung der Nebenverletzungen werden besprochen. Die mühevolle Arbeit, die auch die Literatur eingehend berücksichtigt, enthält viele interessante Einzelheiten, die im Original nachgelesen werden müssen.

4) R. Freund (Halle). Beiträge zur Anatomie der ausgetragenen Extra-uterin-Gravidität.

a. Ausgetragene, nicht geplatzte Tubenschwangerschaft mit Placenta fungiformis. Genaue Krankengeschichte und anatomische Untersuchungen.

Das Ergebnis der Arbeit wird dahin zusammengefaßt:

Inseriert bei Tubenschwangerschaft die Placenta gerade über der Mesosalpinx, so nimmt sie die Gestalt eines Pilzes an, dessen Stiel durch die hier besonders gefäßreiche Tubenwand gebildet wird. Unter diesen Umständen wird bei kräftig entwickelter Tube eine gesunde Frau die Schwangerschaft austragen, zumal da bei solchem Placentarsitz die Ernährung die denkbar günstigste ist. Infolge dieser starken Entfaltung des Gefäßapparates kann die Muskulatur einer normalen Tube bis zum Ende der Schwangerschaft auch in den gedehnteren Partien, wiewohl durch Extravasate stark verändert, erhalten bleiben.

Das inmitten der Fruchtsackwand einer ausgetragenen Tubenschwangerschaft vorgefundene Fettgewebe entstammt dem perivaskulären Gewebe.

Aus der zumeist anderen Ortes in der Tube erfolgten Placentarinsertion, dem aktiven Vordringen der Zotten daselbst, sowie aus den für Tubargravidität häufigsten ätiologischen Momenten (Salpingitis, Infantilismus) erklärt sich die große Seltenheit der ungeplatzten ausgetragenen Eileiterschwangerschaften.

Bei der Operation wird die Versorgung der Placentarstelle durch den Stiel wesentlich erleichtert. — Die nach Einnähung in die Bauchwunde entstehende Fistel liefert noch nach Wochen zur Sicherung der Diagnose wertvolles Material. — Die Involution der puerperalen Tube ist nach 8 Wochen beendet.

b. Ein 14 Jahre getragenes Lithokelyphopädion.

Genaue, auf anatomische Untersuchungen gestützte Beschreibung des Falles nebst Besprechung der Ätiologie, des Verlaufes und der Therapie.

Den Arbeiten sind zwei schöne Tafeln beigegeben.

5) F. Tiburtius (Freiberg). Kollumkarzinom von kurzer Dauer und geringer Ausbreitung bei hochgradiger Lymphdrüsenmetastase.

Eingehende mikroskopische Beschreibung. Es handelte sich um ein von den Drüsen und wahrscheinlich auch von der Oberfläche des Cervicalkanales — also Cylinderepithel — ausgehendes, polyzentrisches Karzinom mit großen Metastasen in den retroperitonealen Lymphdrüsen. Gegenüber dem erst kurze Zeit zurückliegenden Beginne des Karzinoms ist die riesige Metastasierung bemerkenswert.

6) H. Szász (Budapest). Über durch den Tod des Fötus bedingte histologische Veränderungen der Placenta.

S. gibt die anatomische und histologische Beschreibung eines Eies, aus dessen

Untersuchung es auf eine alle Zweifel ausschließende Weise festgestellt werden konnte, daß die Ursache des Absterbens des Fötus außerhalb der Placenta lag; folglich sind die in diesem Falle erhobenen Befunde lediglich als Ausfallserscheinungen, hervorgerufen durch den Fötustod, zu betrachten. In dem vorliegenden Falle hatten nämlich amniotische Fäden den Tod des Fötus verursacht, und zwar durch Strangulation der Nabelschnur, wodurch zwischen Fötus und Placenta die Blutcirculation aufgehoben wurde.

Aus den mitgeteilten Untersuchungen geht hervor, daß nach Aufhören der fötalen Blutcirculation regressive Metamorphosen des Amnion- und Choriongewebes eintritt, und zwar: Das Zottenstroma erleidet fibröse, dann hyaline Degeneration; die Stromazellen gehen zugrunde. Die Langhans'sche ektodermale Zellschicht verschwindet; später stirbt auch das Syncytium ab. Durch vergleichende Betrachtung der Bilder kommt S. zu dem Schlusse, daß zuerst die Langhans'schen Zellen absterben, hiernach das Stroma, zum Schlusse das Syncytium, welches als der am meisten widerstandsfähige Bestandteil der Placenta angesehen werden kann. Im Gegensatze zu alledem bleibt die Decidua verhältnismäßig intakt, dieselbe zeigt keine Veränderungen. **Reifferscheid** (Bonn).

Verschiedenes.

6) **O. Aichel** (Erlangen). Über die Blasenmole, eine experimentelle Studie.

Erlangen, **Fr. Junge,** 1901.

A. suchte experimentell die Ätiologie der Blasenmole festzustellen. Bevor er auf seine Versuche eingeht, gibt er einen Abriß über die Geschichte und Struktur der Blasenmole, sowie über die herrschenden Ansichten betreffs ihrer Ätiologie. Er hält die alte Virchow'sche Anschauung, daß die Ursache für die Blasenmolenbildung in einem irritativen Vorgang der Gebärmutter zu suchen sei, für die natürlichste. Ob derselbe durch Entzündungen, Uterustumoren oder Eierstocksgeschwülste hervorgerufen wird, ist gleichgültig. Für die Diagnose der Blasenmole müssen folgende Zottenveränderungen nachgewiesen werden: 1) Die jüngeren Blasen müssen dasselbe Bindegewebe enthalten, wie es Embryonalzotten zeigen. 2) Bei der Entwicklung der Blasenmole muß das Bindegewebe hydropische Quellung mit nachfolgender Nekrose (Marchand) aufweisen. 3) Die Bläschendeckschicht, Langhans'sche Zellschicht und Syncytium, müssen in Wucherung begriffen sein. 4) Das Syncytium muß die Formverhältnisse aus der ersten Zeit der normalen Placentarentwicklung aufweisen. A. experimentierte an Hunden, deren Placenta er zunächst genau beschreibt. Am sichersten waren die Erfolge im letzten Drittel der Gravidität, wo die Placentarstelle mit Leichtigkeit festzustellen ist. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurden die Hörner des graviden Uterus vor die Bauchdecken gelagert. Der Rand der Placenta wurde unter Einstülpung der Gebärmutterwand in größerer oder geringerer Ausdehnung mit einer Schieberklemme gefaßt. Die Klemme wurde so weit zusammengedrückt, bis das Placentargewebe knirschte und blieb mehrere Minuten liegen. Dann wurde sie abgenommen, die Gebärmutter versenkt und die Bauchnaht in 3 Etagen (Seide) geschlossen. Die Hunde wurden dann in geeigneter Weise so gelagert, daß sie bei etwa eintretendem Abort die Eier nicht auffressen konnten. Nach 8—14 Tagen wurde bei einer zweiten Laparotomie der Uterus supravaginal amputiert. Die Präparate wurden in Zenker'scher Flüssigkeit mit Formalinzusatz fixiert. Bei 13 Versuchen war in 6 Fällen an der geklemmten Stelle ein Hämatom mit Ablösung der Placenta, in 7 Fällen eine Blasenmolenbildung entstanden, deren größte Ausdehnung 5 cm betrug. Anatomisch unterschied sich diese Blasenmolenbildung nicht von der menschlichen, indessen waren die meisten Blasen gefäßhaltig. Nur bei Zerfall im Innern der Bläschen fehlten die Gefäße. Das erklärt sich daraus, daß die Blasenmolenbildung in einer so späten Epoche der Gravidität hervorgerufen wurde, daß die Frucht am Leben blieb und infolgedessen die Gefäße

weiter funktionierten. Infolgedessen sind diese Blasenmolen mit der partiellen und totalen Blasenmole des Menschen auf eine Stufe zu stellen. Eine Erklärung für ihr Zustandekommen gaben Serienschnitte von normaler Hundeplacenta. Man findet in derselben oft umschriebene Partien des den Zotten anliegenden mütterlichen Gewebes in Zerfall begriffen. Dieser Zerfall beruht auf dem sehr raschen Wachstume der Placenta, wodurch es zur Dehnung, Abknickung oder gar Verletzung der mütterlichen Gefäße kommt. Wo nun die Zotten derartig zerfallenem Gewebe anlagen, kam es zu einer Aufquellung der Zotten, ganz ähnlich wie bei der Blasenmole, ohne daß dabei aber makroskopisch erkennbare Bläschen entstanden. Bei den Experimenten kam es durch die Klemmpinsette ebenfalls zu einer Verletzung mütterlicher Gefäße. Die Folge war Zerfall des anliegenden mütterlichen Gewebes, wodurch den Zotten Ernährungsbedingungen geboten wurden, die eine abnorme Wachstumsrichtung veranlaßten. Daher die charakteristische Zellvermehrung des Ektoderms. Zerfall im Innern der Blase tritt erst ein, wenn die Blase sehr groß ist und der Nährstoff nicht mehr ausreicht. Das Endergebnis ist die Blasenmole. Verf. ist davon überzeugt, daß auch beim Menschen die Ursache der Blasenmole in einer Ernährungsstörung des mütterlichen Anteils der Placenta liegt. Treten Wehen ein, so ist die Folge Abort. Bleibt das Ei aber in Verbindung mit der Uteruswand, so resultiert partielle resp. totale Blasenmolenbildung.

Stoeckel (Bonn).

7) **Mury** (Basel). Zur Prophylaxe der Mastitis.

Inaug.-Diss., Basel, 1901.

Auf Grund der guten Erfahrungen der Baseler Frauenklinik redet Verf. der allgemeinen Verwendung von 4%igen Borsäurekompressen um die Mammae während des Puerperiums das Wort. In Basel ist es so gelungen, die Zahl der eitrigen Mastitiden von 1,45% auf 0,22% im Mittel herabzudrücken. Auch die bakteriologischen Befunde sprechen zu gunsten der unschädlichen Borbehandlung.

Bruno Bosse (Frankfurt a/M.).

8) **Rosenow** (Kiel). Über eine kongenitale Geschwulst der Zunge (Epiglossus).

Inaug.-Diss., Kiel, 1901.

Die Arbeit bringt die Beschreibung enies Sammlungspräparates der Kieler Frauenklinik. Der 34 cm lange Fötus mit Palatoschisis trägt einen von dem mittleren und hinteren Teile der linken Zungenhälfte seitlich und oben ausgehenden, gestielten, 8 cm breiten und langen, 6 cm dicken Tumor. Er besteht aus je einem durch eine Einschnürung voneinander getrennten proximalen und distalen Abschnitte; jener enthält einen Röhrenknochen mit Epiphyse und Knorpelstücken, dieser cystische und weiche Gewebsmassen. Mikroskopisch ließen sich weiße Gehirnsubstanz und von Blutungen durchsetzte epitheliale Stränge mit kubischem und cylindrischem Epithel nachweisen. Verf. spricht die Geschwulst als parasitäre Doppelmißbildung, als Epignathus, speziell Epiglossus an. Er findet in der Literatur nur einen ähnlichen bigerminalen, aber von der unteren Zungenfläche ausgehenden Tumor, dagegen keinen, der wie der seine keine anderweite Verbindung mit der Mundhöhlenwand besaß.

Bruno Bosse (Frankfurt a/M.).

9) **Charles Child** (New York). Eine verbesserte Arterienklemme.

(Sonderdruck 1902.)

Das Instrument stellt eine Klemmzange dar, an der die Branchen so konstruiert sind, daß sie in ihrer ganzen Länge eine parallele Wirkung entfalten. Ein Ausgleiten des gefaßten Gewebes wird dadurch unmöglich.

G. Frickhinger (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 19. **Sonnabend, den 9. Mai.** **1903.**

Inhalt.

I.

Behandlung der Schädelimpression bei Neugeborenen.

Von
P. Baumm in Breslau.

Man hat im allgemeinen selten Schädelimpressionen infolge von Geburtstrauma einer chirurgischen Behandlung unterzogen. Entweder kommen die Kinder sterbend zur Welt, so daß ein Eingriff nicht lohnt oder sie werden von der Deformität scheinbar so wenig tangiert, daß man sich schwer zu einem eingreifenden Verfahren entschließt. Denn eingreifend sind die bisherigen Versuche zur Beseitigung des Übels gewesen. Das einfache Herausschneppern der Impression durch seitlichen Druck auf den Schädel gelingt fast nie. Daher hat man trepaniert und eleviert, z. B. in dem Falle von Nicoll (Glasgow med. journ. 1901 Februar), oder man kann wie Villard (Obstétrique 1902 März-Juni, cf. Referat in d. Bl. 1903 p. 155) die eingedrückte Partie mit einem Spatel unterminieren und dann durch Hebelbewegung nach auswärts drücken. Boissard

führt eine Sonde von der Naht aus zwischen Dura und Knochen und eleviert so ohne Trepanation[1].

Ich möchte dafür ein höchst einfaches und, wie mir scheint, auch ganz ungefährliches Verfahren empfehlen, nämlich einen kleinen Korkenzieher in die eingedrückte Partie zu bohren und sie durch Zug an demselben auszugleichen.

Meine Erfahrung erstreckt sich auf 4 Fälle. Alle betrafen schwierige Entbindungen bei engem Becken, wobei das Promontorium dreimal mächtige Eindrücke am Scheitelbein, einmal eine vielfache Fraktur des Stirnbeins bewirkt hatte. Als ich um den ersten dieser Fälle mit Wiederbelebungsversuchen bemüht war, kam mir im Drange, schnell zu helfen, der Gedanke an den Pfropfenzieher. »Wenn ich nur einen so kleinen hätte, der hier greift ohne das Gehirn zu verletzen« bemerkte ich und dachte gar nicht ernstlich an die Verwirklichung der Idee, als sich ein Assistent als zufälliger Besitzer eines solchen meldete. Das improvisierte Hilfsmittel wurde schnell desinfiziert und durch einen kleinen Einschnitt in die Kopfhaut in den Knochen gebohrt. Nach wenigen Augenblicken hatte das Kind seinen runden Kopf wieder. Atmung und Herzschlag wurden sofort sichtlich besser — aber das Kind starb doch. Die Sektion ergab keinerlei Verletzung des Gehirns, aber eine beträchtliche intrakranielle Blutung. Sie hing nicht mit dem sichtbaren Borloch im Knochen und in der Dura zusammen. Dieses glich vielmehr ganz dem harmlosen Einstich einer Probepunktion. Deswegen beschloß ich, das Verfahren gegebenen Falls zu wiederholen und bereicherte unser Instrumentarium durch einen ganz kleinen, eng gedrehten Korkzieher. — In den nächsten beiden Fällen wurde dieser ohne vorbereitenden Schnitt direkt durch die Kopfschwarte in den Knochen gebohrt. Die Elevation gelang wieder ausgezeichnet. Das eine Kind starb wieder, ebenfalls an intrakranieller Blutung. Auch dieses Mal lehrte die Sektion, daß der Bohrer keinerlei Schaden angerichtet hatte. Natürlich war er ganz wenig tief eingeschraubt worden, nur so weit, daß er eben faßte. Das andere Kind ist gesund entlassen worden. Den gleichen guten Erfolg hatten wir bei dem 4. Kinde, bei dem das Stirnbein schollenartig zerbrochen war. Da aber die so lädierte Stelle beim Einsetzen des Bohrers nachgab und dem Instrument auswich, wurden wieder erst die Weichteile bis auf den Knochen durchschnitten, worauf die Operation leicht gelang. Der glückliche Ausgang ist um so bemerkenswerter, als es sich um eine Frühgeburt von 35—36 Wochen handelte.

Man kann einwenden, daß die 2 geheilten Kinder auch ohne die Operation am Leben geblieben wären. Das ist möglich und Ähnliches kommt vor. Es ist aber nicht von der Hand zu weisen, daß später noch von derartigen Schädeldeformitäten Gehirnaffektionen ausgehen können. So sah Commandeur (Soc. obstétrique Paris

[1] Entnommen Finkelstein, Berliner Klinik Hft. 168.

1901) erst in der 3. Lebenswoche Krämpfe danach auftreten. Schließlich ist die Schädelimpression, die sich bei höheren Graden niemals ausgleicht, kein zu unterschätzender Schönheitsfehler. Grund ist also vorhanden, prinzipiell die Beseitigung jeder Schädelimpression anzustreben. Der Entschluß, es mit dem Pfropfenzieher zu versuchen, kann nicht schwer fallen. Das Verfahren ist höchst einfach und wie die 2 Sektionen lehren, vermutlich auch ohne jede Gefahr.

II.

Zur Anwendung des Bossi'schen Dilatators.

Von
Prof. Jentzer,
Direktor der Entbindungsanstalt in Genf.

Obgleich durch meinen früheren Chef, Breisky, in der Furcht vor dem Accouchement forcé erzogen, war ich durch Leopold's auf klinische Erfahrungen gestützte warme Empfehlung des Bossi'schen Verfahrens in meiner Überzeugung stark erschüttert worden; ich beschloß deshalb auch, den Wert dieser raschen Dilatation beim ersten günstigen Falle, der mir in der Klinik begegnen würde, auf die Probe zu stellen.

Frau B., 27jährig, Igravida, wird am 28. Oktober 1902 10 Uhr morges in komatösem Zustande in die Frauenklinik gebracht.

Die Verwandten, welche Pat. begleiten, machen folgende Angaben: Schwangerschaft normal und dem Ende nahe. Am 19. Oktober Ödeme an den unteren Extremitäten, keine Kopfschmerzen. 27. Oktober 10 Uhr abends intensive Kopfschmerzen, 8 Uhr vollständige Erblindung, 10 Uhr erster Anfall.

In der Nacht vom 27. zum 28. Oktober fünf neue Anfälle, am Morgen des 28., während des Transportes in die Anstalt, zwei Anfälle, ein letzter bei Ankunft in der Klinik.

Im ganzen neun Anfälle.

Eintrittsstatus: Mittelgroße, wohlgebildete Frau mit normalem Becken. Herz und Lunge normal.

Starkes Ödem der unteren Extremitäten. Ausdehnung der Gebärmutter dem Ende der Schwangerschaft entsprechend. Kopf ein wenig eingetreten, Rücken links, daselbst auch Herztöne. Portio aufgelockert, vordere Lippe vorn verstrichen, hinten 1 cm.

Orificium externum und internum für einen Finger durchgängig. Cervicalkanal 3 cm lang.

Während der Wehen, die alle 4 Minuten, aber schwach auftreten, wölbt sich die Fruchtblase im inneren Muttermunde vor.

Im Harn Eiweiß, hyaline und gekörnte Cylinder.

Temperatur normal, Puls 110. Gesichtsfarbe blaß, leicht cyanotisch.

Therapie: Warmes Bad und warme Einwicklungen.

Mittags sehe ich Pat. und bestätige obigen Status. Keine Veränderung seitens der Cervix.

Der offenbar schwere Fall verlangt rasche Beendigung, aber so wie so stelle ich die Prognose für die Mutter recht schwer.

Von vornherein lasse ich alle Mittel zur Anregung der künstlichen Frühgeburt unberücksichtigt, da uns eine langjährige Erfahrung gelehrt hat, wie un-

günstig eklamptische Anfälle durch derartige langdauernde Verfahren beeinflußt werden. Sectio caesarea wird verweigert. Ich entschließe mich, den Rat Leopold's zu befolgen: 12 Uhr 46 Min. führe ich im Spekulum nach Fixation der vorderen Lippe durch eine amerikanische Zange das Bossi'sche Instrument samt Kappen ein.

Nach geringem Zuge an der Kugelzange gelingt es mir, die Cervix wie einen Handschuhfinger über den Dilatator zu stülpen.

Jetzt wird die Schraube langsam angezogen.

1 Uhr, also 14 Minuten nach der ersten Einführung, reißt die Blase ein bei 5 cm weitem Muttermunde. Bei genauer Untersuchung zeigt sich, daß der hintere Teil des Instrumentes ausgeglitten ist und stark auf die hintere Wand des Halskanales drückt, ein wenig unterhalb des inneren Muttermundes. Vorn liegt der Dilatator richtig. Ich werde später auf die Folge dieses Ausgleitens bei Gelegenheit der Besprechung der Autopsie zurückkommen. Ich führe das Instrument ein zweites Mal ein nach Fixation der hinteren Lippe, um einem erneuten Ausgleiten vorzubeugen.

1 Uhr 24 Min. Der Muttermund ist $7^1/_2$ cm weit, also 38 Minuten seit dem Anfange der Dilatation. Die Ränder des Orificium externum sind noch ca. 1 cm dick. Ich konstatiere einen Cervixriß rechts, aber keine Blutung, und entferne das Instrument.

Fixierung des Kopfes durch einen Assistenten, Zange im Beckengange im queren Durchmesser angelegt.

Vorsichtige Traktionen bringen den Kopf in die Beckenmitte. Drehung des Kopfes mitsamt Zange nötigt zur Desartikulation und erneuten Anlage.

1 Uhr 35 Min. Geburt eines lebenden, 51 cm langen, 3700 g schweren Kindes.

Trotzdem sich der Uterus gut kontrahiert und es nicht blutet, löse ich die Placenta manuell, um zu gleicher Zeit Cervix und Uterus auf etwaige Läsionen zu untersuchen. Mit Ausnahme eines Risses rechts und eines unbedeutenden vorn, deren erster durch zwei Suturen, deren zweiter durch eine geschlossen wurde, sowie eines kleinen Risses links konnte ich keine Kontinuitätstrennung entdecken.

Unmittelbar nach der Entbindung steigt der Puls auf 130; Temperatur 37,1. Abends 8 Uhr neuer Anfall, ebenso am 29. Oktober 2 Uhr 23 Min. morgens.

Das Bewußtsein kehrt nicht wieder; Puls und Atmung sehr frequent. Am 29. Oktober 9 Uhr morgens Temperatur 41; Exitus.

Aus dem Sektionsprotokolle (Sektion Prof. Zahn) entnahm ich folgende Notizen:

Akute parenchymatöse Nephritis (der der Harnblase entnommene Harn war stark eiweißhaltig und enthielt stark granulierte Cylinder und Leukocyten) und Hepatitis; sehr starke Lungenhyperämie und Ödem der beiden Lungen, besonders der Oberlappen. Starkes Meningeal- und Cerebralödem.

Die Innenfläche der Uterushöhle ist schwach rötlich und hat ein trockenes Aussehen. Im rechten Uterushorn findet sich ein anhaftendes, 35 cm langes, 10 mm breites und 1—3 mm dickes, schwarzes, festes Blutgerinnsel. Sonst nirgends Zeichen von Blutung.

Die Innenfläche des Cervicalkanales ist nicht ganz so glatt wie diejenige des Uterus. Es finden sich hier besonders nach unten zu mehrere längs verlaufende, kleine, seichte Einrisse, die ganz nach unten zu etwas tiefer sind; so findet sich namentlich rechts ein bis auf die Vaginalschleimhaut sich fortsetzender Einriß von 25 mm Länge, 5 mm größter Breite und 2—3 mm Tiefe, der durch zwei Nähte verschlossen ist.

Ein kleinerer, ähnlicher Riß findet sich linkerseits und ein ebensolcher an der Vorderwand, dieser ist durch eine Naht verschlossen. An der Hinterwand, 65 mm oberhalb des Orificium ext., also ungefähr genau in der Höhe des inneren Muttermundes, findet sich in der Mittellinie ein genau quer verlaufender Substanzverlust. Derselbe ist 20 mm lang, 2—3 mm breit und 1—2 mm tief. An seinem rechten Winkel sieht man einen 23 mm langen, 4 mm breiten, 1—2 mm dicken Gewebsfetzen anhaften, welcher genau in diesen Substanzverlust hineinpaßt.

Die äußere Hälfte dieses Gewebsfetzens ist blutig infiltriert, und dem entsprechend befindet sich auch in der hinteren linken Wand des gesamten Substanzverlustes eine blutige Durchtränkung des Gewebes.

Die oben erwähnten Längsrisse des Cervicalkanales haben eine größte Tiefe von 1—1½ mm.

Trotz dieses negativen Erfolges werden wir nicht zögern, nötigenfalls das Bossi'sche Verfahren wieder anzuwenden, welchem ich eine partielle Genugtuung verdanke, denn ein lebendes Kind wäre mit keinem anderen Verfahren zu erzielen gewesen — ausgenommen den Kaiserschnitt, der nicht gestattet wurde.

In unserem Falle muß der Tod auf Rechnung der eklamptischen Vergiftung und nicht auf diejenige der schnellen Dilatation gesetzt werden.

Mit Rissmann habe ich die Beobachtung gemacht, daß der äußere Muttermund nach Abnahme des Instrumentes etwas kleiner wird (er schnappt stets etwas zusammen nach Rissmann).

Wie die Sektion zeigt, hat die schnelle Erweiterung keine ernste Kontinuitätsstrennung verursacht. Die Ausdehnung des Risses auf der rechten Seite der Cervix ist nicht größer als diejenige, die wir nach ganz normaler Entbindung hier und da vorfinden.

Was den bei der Sektion konstatierten queren Riß der Hinterwand der Cervix betrifft, so erklärt sich derselbe durch die Tatsache, daß das Instrument im Beginne unbemerkt ausglitt, die Erweiterung weiter fortgeführt wurde, wobei die etwas scharfen Ränder der Kappen durch langdauernden Druck einen Riß verursachten. Durch entsprechende Modifikationen des Instrumentes, d. h. Abstumpfung der Kappenkanten, könnte dieser Nachteil gehoben werden. Zu gleicher Zeit und mit steigender Erfahrung wird sich das Abgleiten verhindern lassen.

Ich bin mit Osterloh der Ansicht, daß der Dilatator dazu berufen ist, im Falle des inkompletten Abortus große Dienste zu leisten.

III.

Der Nadelhalter von Schultz.

Von

Dr. Schnell,

Frauenarzt in Frankfurt a/M.

In Nr. 6 dieses Zentralblattes, Jahrgang 1903, ist von Herrn Dr. Georg Burckhard in Würzburg »eine Modifikation des Hegarschen Nadelhalters« als neu angegeben, welche ich schon seit November 1899 in meinem Instrumentarium besitze. Diese Modifikation wurde zuerst von Herrn Dr. Victor Schultz in St. Petersburg angegeben. Am 14. Januar 1899 wurde dieser Nadelhalter durch Windler in Berlin auf dem kaiserl. Patentamt zur Anmeldung in die Rolle für Gebrauchsmuster gebracht und als Tag seiner öffent-

lichen Auslegung ist der 16. Januar 1899 anzusehen. Die Firma Windler inserierte diesen Schultz'schen Nadelhalter dann im Jahre 1899 in den vier medizinischen Zentralblättern von Breitkopf & Härtel in Leipzig und ferner im Jahre 1900 in der Deutschen med. Wochenschrift. Außerdem findet sich seine Abbildung im Kataloge von Windler aus dem Jahre 1900 unter Nr. 3080—3086. Diese literarischen Personalien des von mir gemeinten Nadelhalters mögen zu seiner Identifizierung genügen.

Die Vielseitigkeit und Sicherheit der Nadelhaltung durch jene an den Branchenenden angebrachte Modifikation erhellt schon zur Genüge aus obiger Publikation. Hinzufügen aber will ich noch, daß an diesem Schultz'schen Halter die Branchen durch eine verhältnismäßig breite Längsrinne ausgekehlt sind, so daß, abgesehen von jener übergreifenden Endstelle die Nadel an allen übrigen Stellen wie zwischen zwei gezähnten Kiefern nur an zwei Punkten fixiert wird. Dadurch vermögen diese Branchen jeder Krümmung in gleicher Weise gerecht zu werden, und das Zerbrechen hochgradig stark gebogener und dünner Nadeln durch Streckung des von den Branchen gefaßten Teiles kommt nicht vor.



Aber mit dieser Nadelhaltung sind die Vorzüge des Schultz'schen Nadelhalters noch nicht erschöpft. Sie werden in gleicher Vorzüglichkeit durch solche des Schlosses und der Arretierung erweitert. Ober- und unterhalb des Achsenstiftes greift je eine Seitenwange der bewegten Halterhälfte über die in der Faust ruhende andere Hälfte. Dazu kommt, daß die zwischen den Haltern befindliche Öffnungsfeder nur innerhalb genügender Grenzen Spielraum zum Öffnen gestattet. Durch beides wird das bei rascher Arbeit so lästige Auseinanderfallen beider Hälften, wie das bei dem Hegar'schen Halter vorkommt, unmöglich.

Was schließlich die Arretierung angeht, so ist auch diese sehr vollkommen. Das hintere Ende der in der Faust ruhenden Hälfte des Halters ist einfach rechtwinklig zur anderen hinüber gebogen und bis zu genügendem Federn verdünnt. Am Ende folgen auf seiner inneren Fläche einige Zähne für das zugeschärfte Ende der anderen Halterhälfte. So genügt zum Öffnen nur ein leichter Gegendruck des anliegenden Kleinfingers. Auch diese Sperrvorrichtung ist weit einfacher und deswegen besser als beim Hagedorn.

So haben wir in diesem Schultz'schen Nadelhalter ein Instrument, das die einfache Vielseitigkeit des Hegar'schen mit der Besonderheit des Hagedorn'schen in einer die Vorzüge beider noch ergänzenden Weise einfach, zierlich und handlich für die weitaus meisten Absichten der Nadelführung vereinigt.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gynäkologische Gesellschaft zu Dresden.

263. Sitzung am 16. Oktober 1902.

Vorsitzender: Herr Marschner; Schriftführer: Herr Goldberg.

Vor der Tagesordnung demonstriert

1) Herr Kaiser seine beiden im Zentralblatt für Gynäkologie 1902 Nr. 41 beschriebenen Instrumente (Modifikationen des Bossi'schen Erweiterungsinstrumentes und der Kurz'schen Nadelzange), sowie eine kleine Ovarialcyste, die er bei einer Schwangeren vaginal entfernte ohne Unterbrechung der Schwangerschaft, ein Vorgehen, das ihm schon vorher zweimal geglückt ist,

2) Herr Voigt ein Kind, das schwer an Melaena erkrankt war und durch fortgesetzte subkutane Gelatineinjektionen (als 6. glücklicher Fall dieser Behandlungsart) geheilt wurde.

Tagesordnung:

I. Herr Leopold: Beitrag zur Tuberkulose der Tube und des Ovariums.

Im Anschluß an die ausführlichen Referate über Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane auf dem internationalen Gynäkologenkongreß zu Rom (September 1902) berichtet L. über einen jüngst beobachteten Fall, bei welchem sich eine primäre Tuberkulose der rechten Tube und wahrscheinlich von dieser aus übergegangen eine tuberkulöse Erkrankung des rechten Ovariums vorfand.

Frau B., 25 Jahre alt, $3^{1}/_{2}$ Jahre verheiratet, kinderlos, hatte vor 2 Jahren eine 6 Wochen lange Blutung, deren Ursache (Abort?) unklar geblieben sein soll. Im vergangenen Jahre trat die Menstruation alle 14 Tage ein, seit diesem Jahre ziemlich regelmäßig dreiwöchentlich, mit Schmerzen verbunden.

Pat. klagt bei der ersten Untersuchung am 22. Mai 1902 über einen beständigen dumpfen Schmerz rechts in der Tiefe des Leibes, als dessen Sitz und Ursache ein ungefähr hühnereigroßer Tumor anzusprechen ist, welcher sich an der Stelle der rechten Adnexe befindet. Herz, Lunge, Nieren normal. Von Seiten des Ehegatten lag eine spezifische Erkrankung nicht vor.

Laparotomie 3. Juli 1902. Die rechte Tube war anscheinend durch Blut aufgetrieben, mit dem rechten Ovarium verlötet und mit einem lang ausgezogenen Netzstrang so verwickelt und fest verklebt, daß das Ganze einen unentwirrbaren Knäuel darstellte.

Nach Abbindung des Netzes wurden die rechten Adnexe entfernt und der Leib geschlossen. Weder an den linksseitigen Anhängen noch an dem Peritoneum fand sich irgend eine Veränderung.

Der Verlauf war leider dadurch gestört, daß sich vom 4. Tage an eine rechtsseitige Pleuropneumonie des rechten Unterlappens (Äthernarkose) entwickelte, welche aber regelrecht abheilte und bei der Entlassung am 9. August 1902 in voller Resorption begriffen war. Die mit der Pneumonie verbundenen Hustenanfälle übten eine starke Zerrung an der Bauchwunde mit der Entwicklung eines Bauchdeckenabszesses aus, welcher erst mehrere Wochen nach der Entlassung völlig zur Heilung kam.

Die mikroskopische Untersuchung des am meisten verdickten und hier mit dem Eierstock verlöteten Tubenrohres ergab zahlreiche Herde von Riesenzellen mit Haufen von Tuberkelbazillen, welche bis in das Gewebe des Eierstocks bereits vorgedrungen waren.

Bei der Wiedervorstellung am 9. Oktober 1902 sah Frau B. sehr frisch und gesund aus, hatte keine Klagen und zeigte bei der inneren Untersuchung normale Organe.

Über den Weiterverlauf wird gelegentlich wieder berichtet werden.

II. Herr **Marschner**: Über eine ununterbrochene Reihe von 125 glücklich verlaufenen Laparotomien.

Innerhalb eines Zeitraumes von $3^1/_2$ Jahren ist es dem Vortr. vergönnt gewesen, 125 Leibschnitte auszuführen, ohne daß ein Todesfall dabei oder hinterher zu beklagen gewesen wäre.

An diese tadellose Reihe schließt sich eine Zahl von 46 weiteren Unterleibsoperationen unmittelbar an, worunter sich zwar zwei Todesfälle befinden, die aber sicherlich nicht auf Rechnung der Laparotomie kommen; denn die eine, durch viele Monate anhaltendes Fieber und durch Senkungsabszesse ganz erschöpfte Kranke starb plötzlich, ohne Asphyxie, an Herzlähmung noch vor der vollständigen Eröffnung der Bauchhöhle, und die andere, eigentlich eine chirurgische Kranke, bei welcher infolge spontaner Ruptur der rechten verkalkten Nierenarterie die eine Niere entfernt werden mußte, starb einen halben Tag nach der Operation, obwohl es ihr während dieser Zeit sowohl subjektiv wie objektiv ganz vorzüglich ging, plötzlich im urämischen Anfalle infolge gleichzeitiger und gleichartiger Erkrankung der anderen Niere.

Nach Abzug dieser beiden Todesfälle würde sich die Zahl von 125 um 44 auf 169 Operierte erhöhen, welche hintereinander durch die Laparotomie teilweise, oder auf längere Zeit, oder, wie die meisten von ihnen, ganz von ihren Leiden befreit wurden und genasen.

Von den 125 hier speziell in Betracht kommenden Laparotomierten sind, soweit es dem Vortr. auf seine brieflichen Erkundigungen hin bekannt geworden ist, später und bis jetzt nur 4 gestorben, und zwar 2 Kranke mehrere Monate nach Entlassung aus der Klinik, die eine an Rezidiv infolge Ovarialkarzinoms, die andere infolge ihres inoperablen Karzinoms der ganzen Beckenorgane; eine dritte Operierte, bei welcher vergeblich von oben und unten die Exstirpation des krebsigen Uterus versucht worden war, und bei der man sich mit der hohen Cervixamputation begnügen mußte, starb nach vielen Monaten an Siechtum, und die vierte Pat., welche sich nach der Probelaparotomie bei bestehender, von den Tuben ausgehender Bauchfelltuberkulose lange Zeit vollständig gesund und munter gefühlt hatte, ging an den Folgen einer tuberkulösen Pleuritis plötzlich erst nach Jahr und Tag zugrunde.

Gegen die Köliotomie bei kleineren Eierstocksgeschwülsten und Tubenaffektionen, sowie gegen die Operation von mittelgroßen Myomen von der Scheide aus hat sich Vortr. absichtlich lange Zeit ablehnend verhalten bis nach erfolgtem ersten Todesfalle, der seine hübsche Reihe unterbrach, da es ihm eben damals daran lag, sämtliche in seine Behandlung gekommenen Unterleibserkrankungen, bei denen die operative Entfernung eines Tumors oder eines Teiles der inneren Geschlechtsorgane notwendig war, ohne Unterschied und ohne Wahl nach ein und derselben Methode, nach der Laparotomie alten Stiles zu behandeln.

Ebenso wie keine Auswahl bezüglich des Operationsmodus getroffen wurde, ist auch kein Unterschied gemacht und keine Auslese in Bezug auf die Aufnahme der Kranken gehalten worden. Das operative Material stammt in gleicher Weise aus der Privatpraxis des Vortr. wie aus der Kassenpraxis; dringende Fälle wurden auch Nachts von Seiten der Kollegen und, ohne daß der Operateur sie vorher zu Haus gesehen hatte, direkt ihm zugeschickt und der Klinik zum Zwecke sofortiger Operation überwiesen.

Nur bei einer von allen Kranken, die in der Privatklinik Aufnahme gefunden hatten, ist die Operation von Seiten des Vortr. abgelehnt worden; ein ganz verschleppter Fall von mannskopfgroßem Sarkom des Uterus mit großen Lymphdrüsenpaketen überall, häufigem Nasenbluten, chronischer Nierenaffektion, Anasarka, Ödemen, hydropischen Ergüssen überall, wo jeder Eingriff vergeblich gewesen wäre.

Die Erkrankungen, welche die Laparotomie veranlaßten, waren folgende:

Retroflexio uteri gravidi fixati	1
Retroflexio uteri fixati	12
Doppelter Uterus	1

Myome	22
Extra-uterin-Graviditäten	17
Tubenaffektionen	17
Tuboovarialcysten	6
Parovarialcysten	2
Ovarialaffektionen	29
Beckenabszeß	1
Kotstein	1
Brucheinklemmung	1
Blinddarmaffektion	1
Bauchbrüche	2
Nabelbruch	1
Bauchfisteln (bei 3 Kranken)	5
Fremdkörper (Nadel)	1
Bauchmuskelgeschwulst, bis aufs Peritoneum durchgehend	1
Vereiterte Geschwulst im Ligamentum rotundum	1
Probelaparotomien bei Carcinoma uteri	1
Peritonealkarzinose	1
Peritonealtuberkulose	1
Summa	125

Die leichten Fälle befanden sich ganz in der Minderzahl; wollte man überhaupt versuchen, diese 125 Leibschnitte nach den bestehenden Schwierigkeiten bei der Operation zu klassifizieren, so würde sich etwa 1/4 als leichte Operationen ergeben (Kastrationen, Ventrofixationen des Uterus, einige der Extra-uterin-Graviditäten), während die Hälfte als schwere und das letzte Viertel als äußerst schwierige bezeichnet werden müßten, unter denen sich eine Anzahl geradezu verzweifelter Fälle befanden[1].

Dies entspricht auch der Tatsache, daß von vornherein bei 78 Fällen irgend welche Komplikationen notiert waren, entweder Unbeweglichkeit und schwere Verwachsung des zu exstirpierenden Tumors, oder Vereiterung desselben, oder mehrfache Erkrankung der inneren Genitalien, die eine mehrfache Operation notwendig machten. Eine ganze Reihe von Fällen wäre am besten in die Rubrik Beckenabszesse einzureihen gewesen, wenn nicht ein Teil der Beckenorgane besonders stark ergriffen und durch sein Wachstum hervorragend vergrößert gewesen wäre.

Nicht nur der Umstand, daß von den 125 Laparotomierten bisher erst 4 gestorben sind, und zwar infolge ihres weitergehenden karzinomatösen oder tuberkulösen Leidens, sondern auch die Tatsache, daß die meisten von den Operierten sich jetzt noch einer guten Gesundheit erfreuen, gibt dem Vortr. Anlaß zu dem Bemerken, daß auch diese möglichst konservativ ausgeführten Laparotomien ein schließlich recht gutes Endresultat ergeben haben, das sich mit dem von anderen Operateuren erzielten wohl messen kann.

Damit soll nicht gesagt sein, daß der Vortr. den neuen Bestrebungen der letzten Jahre nicht auch Folge geleistet hat, oder deren Wert nicht gebührend anerkennt; im Gegenteil, auch er hat später bei geeigneten Fällen die Köliotomie angewandt[2], den myomatösen Uterus nach Doyen'scher oder Landau'scher Methode entfernt, bei eitrigen Adnexaffektionen nach den Empfehlungen von deutschen und französischen Autoren die Gebärmutter gelegentlich mit entfernt, letzteres hauptsächlich durch die Anregung und auf Grund der vorzüglichen Resultate, die v. Rosthorn auf dem letzten Gynäkologenkongresse und der Franzose Hartmann, der unter 115 Laparotomien nur einen Todesfall erlebt hat, bekannt gegeben haben.

Den suprasymphysären Fascienquerschnitt hat der Vortr. bisher nicht angewendet, obwohl Pfannenstiel der Meinung ist, daß seine vorzüglichen Erfolge, 113 Laparotomien ohne Todesfall, hauptsächlich dieser seiner Methode zu ver-

[1] Zentralblatt für Gynäkologie 1900. Nr. 9.
[2] Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 38.

danken seien. Vortr. ist in tiefer, und zwar fast immer, Chloroformnarkose mit nur einem einzigen Assistenten für die Bauchhöhle vollkommen ausgekommen, und zwar auch ohne Einschneiden der manchmal recht hinderlich gespannten Musculi recti.

Bei schwierigen Operationen, unsauberen, eitrigen Adnexerkrankungen ist und bleibt die Drainage neben Schutz der Eingeweide durch Gazetücher die Hauptsache; bei allen Fällen ist ausschließlich nur die Drainage nach oben durch die Bauchwunde in Anwendung gekommen, und zwar ist in 52 Fällen, also fast der knappen Hälfte, mit Jodoformgaze drainiert worden.

Die Laparotomien, vorgenommen wegen Retroflexio uteri fixati inflammati, pflegen zwar im allgemeinen nicht als besonders schwierige zu gelten und sind es meist auch nicht. Von den 12 hier in Betracht kommenden Ventrofixationen konnten die Hälfte als technisch leicht auszuführende benannt werden, und vielleicht drei davon würden sich für die Alexander-Adams'sche Operatoin geeignet haben, nachdem bei ihnen teils kurz vorher, teils durch monatelange Mobilisationsversuche, mit und ohne Narkose ausgeführt, eine genügende Beweglichkeit des Uterus erzielt worden war. Trotzdem aber fehlte es auch bei ihnen nicht an Komplikationen, die einen schwereren Verlauf nach der Operation herbeiführten, so ein fünftägiger Darmverschluß und eine trockene Brustfellentzündung bei geringer Spitzenaffektion.

Wirklich schwierig waren die letzten 6 Fälle von Ventrofixation: 2mal vollständige Verwachsung der ganzen Hinterfläche des Uterus, 3mal Verlötung der Ovarien auf dem Beckenboden und 1mal Verlötung des rechten Ovariums mit Abszeßbildung nach schon früher einmal in Wien vorgenommener aber mißglückter Annähung der Gebärmutter und Ignipunktur des Eierstockes, der wieder bedeutend gewachsen war und nochmals verkleinert wurde.

Während bei diesen 12 Fällen von vornherein beabsichtigt gewesen war, die Gebärmutter an die vordere Bauchwand anzunähen, ist diese Ventrofixation noch 6mal gelegentlich bei anderen Operationen vorgenommen worden, und zwar nach wie vor mit verhältnismäßig recht gutem Erfolge.

In 22 Fällen waren Myome Anlaß zur Operation. Nach Porro ist nicht mehr operiert, dagegen 14mal nach Zweifel oder Schröder die Myomektomie gemacht worden; bei 8 Kranken aber wurde der Eingriff teils absichtlich, teils notgedrungen in 2 Fällen, auf die Enukleation der Geschwulstknoten mit und ohne Kastration auf einer oder der anderen Seite beschränkt.

Die Enukleationen waren mit einer Ausnahme recht schwierig, einmal durch einen komplizierenden Salpinxtumor, dann durch eine zwar kleine, aber infolge wiederholter Blinddarmentzündungen äußerst fest verwachsene Ovarialcyste; weitere zwei durch ungünstigen und tiefen Sitz eines oder mehrerer Myomknoten, und schließlich infolge von Erweichung des Tumors von der Größe eines 6 Monate lang schwangeren Uterus, der aus Versehen schon bei Anlegung des Leibschnittes angestochen wurde und seine Flüssigkeit in die Bauchhöhle entleerte. Die beiden letzten ganz verzweifelt schweren Fälle waren einander ganz ähnlich und konnten beide nicht nach Wunsch beendet werden. Die Uteri waren mit ihren Adnexen im kleinen Becken wie fest eingemauert, mit allen anliegenden Organen innig verwachsen. Die Gebärmutter mußte förmlich erst ausgegraben werden, die Tuben und Ovarien wurden stückweise, teils stumpf, teils mit Schere, jedenfalls nicht vollkommen entfernt, die Blutung durch Umstechungen und den Paquelin gestillt. Der einen Operierten geht es nach den überstandenen klimakterischen Beschwerden gut, bei der anderen hat sich aus den Resten des linken Ovariums eine Geschwulst entwickelt.

Sieben, also die Hälfte der Myomektomien, waren nicht viel besser, und zwei Fälle wieder besonders schwierig infolge von pelveoperitonitischen Verwachsungen, zwei durch Vereiterung der Adnexe, einer durch gleichzeitig bestehende Gravidität kompliziert; zwei Myome waren vollständig intraligamentär entwickelt; beim Versuche, den Uterus aus dem kleinen Becken herauszuheben, passierte es

daß das ganze Beckenperitoneum von der Symphyse bis zur Gegend der Spina anterior superior der einen Seite losriß.

Von den 17 Tubargraviditäten kamen zwei des Nachts fast pulslos in die Anstalt, und nur der sofortigen Laparotomie, Kochsalzinfusionen und Anwendung von Exzitantien verdanken sie ihr Leben.

Bei zwei weiteren Kranken war das Hämatom in seinem rapiden Wachstum sogar äußerlich wahrzunehmen. In einem Falle wurde in der Narkose ein eigentümlich lange anhaltendes heftiges Zittern des ganzen Körpers beobachtet und infolgedessen etwa 5 cm über der Symphyse ein dorthin verlagertes und verlötetes Organ angestochen; es war die Blase; eine weitere Komplikation bei derselben Kranken bestand in einer rechtseitigen verwachsenen Eierstocksgeschwulst, die auch auf dieser Seite eine Operation nötig machte; diese letztere Komplikation kam nach dem Gesetze der Duplizität der Fälle noch ein zweites Mal vor.

Äußerst komplizierte Verhältnisse, die gar nicht zum Bilde der Bauchhöhlenschwangerschaft paßten, fanden sich bei drei Pat. vor: hohes Fieber und Schüttelfröste; sie wurden aber genügend bei der Laparotomie dadurch erklärt, daß die Adnexe der anderen, nicht schwangeren Seite, wahrscheinlich infolge von Gonorrhoe, in eitriger Entzündung sich befanden. Der Rest, 8 Fälle, bot nichts Besonderes dar.

Die sonstigen Geschwulstbildungen der Tuben haben ihren Ruf in fast allen 17 Fällen als komplizierte, schwer in toto zu entfernende Gebilde bewahrt; 8mal waren die Adnexe vereitert und 10mal kamen diese Tubenaffektionen doppelseitig vor.

Die wenigen (6) Tuboovarialcysten machten, ganz ihrer Eigenart entsprechend, zumal in 3 Fällen ganz besondere Schwierigkeiten.

Das Gleiche gilt von den zwei zur Beobachtung und zur Operation gekommenen Parovarialcysten; in beiden Fällen wurde die Diagnose vorher nicht gestellt; bei einer bereits wegen Tubargravidität Operierten wurde ein zweites Mal diese Diagnose für wahrscheinlich auf Grund der vorliegenden Symptome angenommen; bei der anderen Pat. war es auch nicht zu vermuten, daß es sich bei einem abnorm großen, das ganze kleine Becken ausfüllenden und bis an den Brustkorb reichenden cystischen Tumor um eine Parovarialcyste handeln könnte; übrigens fand sich noch linksseitiger Tubenhydrops und kleincystische Degeneration des linken Eierstockes vor. Die Operation war mit enormen Schwierigkeiten verbunden, teils wegen allseitiger Verwachsung der Cyste und, weil bei Lösung des im Douglas intraligamentär entwickelten Teiles das ganze Peritoneum des kleinen Beckens mit den Därmen losgelöst wurde. Zur Deckung des Defektes wurde der Uterus in Retroflexionsstellung auf den Beckenboden gelegt, gleichzeitig sollte er dort als Tampon wirken.

Dreimal handelte es sich bei den 29 Ovarialaffektionen um chronische einseitige Oophoritis und Perioophoritis, weshalb die einseitige Kastration nötig war; 5mal wurde Achsendrehung der Geschwulst, 2mal infolgedessen Vereiterung derselben beobachtet.

In 23 Fällen war die Eierstocksaffektion einseitig, 6mal doppelseitig.

Wie gewöhnlich, so waren auch hier die einkammrigen Cysten leichter zu entfernen; um so größere Schwierigkeiten aber boten teils die mehrfächerigen, teils die soliden Geschwülste dar.

Ein interessanter Befund wurde bei einer Wöchnerin etwa 4 Wochen nach der Entbindung erhoben. Eine schnell wachsende, mannskopfgroße Eierstocksgeschwulst, von der linken Seite herrührend, fand sich, ringsum verklebt, in der rechten oberen Bauchgegend, unter der Leber fixiert vor. Den Zusammenhang mit dem linken Mutterbande unterhielten nur noch die Gefäße. Die Trennung der Geschwulst vom linken Ligamentum latum ist vielleicht weniger durch die Stieltorsion, als vielmehr durch den wachsenden Uterus, der stetig den Tumor vor sich her schob, bewirkt worden, wodurch der Verbindungsstrang allmählich zu sehr gedehnt und zerrissen worden ist.

Mehrfach verursachte der eitrige Inhalt geplatzter Cysten große Sorge und

viel Mühe bei der Operation und hinterher, und einige Pat. machten eine sehr stürmische und schwere Rekonvaleszenz durch.

Geradezu unmöglich aber schien es, eine Kranke über die Gefahren einer zweiten Laparotomie, 10 Tage nach der ersten, nach Wiederaufbruch des untersten Wundwinkels der Laparotomiewunde mit Prolaps, Einklemmung und Beschmutzung mehrerer Darmschlingen mit Fäkalien hinwegzubringen.

War doch die Betreffende schon an und für sich infolge eines Morbus Basedowii hochgradig erschöpft und gefährdet gewesen, hatte doch nach der Operation eine bedenkliche Herzschwäche, oberflächliche Atmung, mehrtägiger Darmverschluß und hochgradiger Meteorismus, der so sehr zur Vorsicht mahnte, daß in diesem Falle erst nach 10 Tagen die Bauchnähte teilweise entfernt wurden, die Kranke vollends heruntergebracht, so erscheint es geradezu wunderbar, daß Pat. trotz der oben geschilderten Katastrophe am Leben erhalten und gesund geworden ist.

---

264. Sitzung am 20. November 1902.

Vorsitzender: Herr Grenser; Schriftführer: Herr Buschbeck.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung mit einem Nachruf auf Rudolf Virchow, auf die Gynäkologen Acconci in Genua, Késmárski und Porro und die Mitglieder der Gesellschaft, Grosse und Leisse.

Tagesordnung:

I. Herr Osterloh: Über die Dilatation nach Bossi.

(Erschienen im Zentralblatt für Gynäkologie 1903 Nr. 3 als Originalmitteilung.)

Diskussion: Herr Peters hat das Kaiser'sche Dilatatorium bei einem ähnlichen Falle (Abort im 5. Monate) nach erfolgloser Metreuryse mit gutem Erfolge und, ohne daß eine Collumverletzung sich ereignete, angewandt.

Herr Leopold macht wiederholt auf die von ihm bereits früher geforderten Vorbedingungen für einen gefahrlosen Gebrauch des Instrumentes aufmerksam. Eine gewisse Entfaltung des Collums, eine, wenn auch geringe, Wehentätigkeit muß vorausgegangen sein und die Dilatation muß langsam, genau in dem von Bossi durch langjährige Erfahrung erprobten Tempo ausgeführt werden. Je länger noch der Cervicalkanal, desto langsamer muß erweitert werden. Werden diese beiden Forderungen sorgfältig beobachtet, dann eignet sich das Verfahren auch, wie dies Bossi neuerdings ausgeführt hat, zur Erweiterung des Muttermundes für die kombinierte Wendung bei Placenta praevia. Für den Praktiker wird das Instrument sich am wertvollsten erweisen in allen den Fällen, wo sich bei rachitischem oder nicht rachitischem, mehr oder weniger verengten Becken und wenig eröffneten Muttermunde plötzlich eine rasche Beendigung der Entbindung notwendig macht.

Herr Kaiser betont das Verdienst Herrn Leopold's um die Einführung der Bossi'schen Methode. Er hat sie in einer Reihe von Fällen mit seinem Instrument mit großem Vorteil angewendet, zumal bei Placenta praevia, wo er aber nur dilatiert bis zur Möglichkeit der kombinierten Wendung. — Ein besonderer Vorteil des Verfahrens sei, den Geburtsfall in einer Sitzung und Narkose erledigen zu können. — In der allgemeinen Praxis seien die Fälle, wo man das Instrument braucht, selten, zumal die Fälle, wo man gezwungen ist, bei erhaltener Cervix sofort zu entbinden. Es müsse langsam mit dem Instrument gearbeitet werden, vor der Anwendung in beschränkten Verhältnissen sei zu warnen, da ungenügende Assistenz und leicht vorkommende Cervixrisse große Verlegenheit geben können.

Herr Leopold kann sich mit diesen Bemerkungen des Vorredners nicht einverstanden erklären. Wer die Anwendung und den außerordentlichen Nutzen des Bossi'schen Verfahrens bei Eklampsie bisher kennen gelernt hat, der wird zugeben, daß gerade für den praktischen Arzt, der oft genug zu einer Eklampsie zuerst gerufen wird und ihr mit anderen Hilfsmitteln mehr oder weniger ohnmächtig gegenüber steht, das Bossi'sche Verfahren ein Retter in der Not sein kann.

Natürlich wird er von nun an sich mit dem Verfahren vertraut machen und es genau so einüben müssen, wie er dies mit anderen geburtshilflichen Operationen zu tun genötigt ist. Alles will eingeübt und gelernt sein. Und so werden auch bei hinlänglicher Übung und korrekter Indikationsstellung die kleinen Verletzungen nach und nach ausbleiben.

Herr Grenser erwähnt noch das von Gottschalk auf dem diesjährigen internationalen Kongreß in Rom demonstrierte, von Frommer konstruierte Dilatatorium.

II. Herr Grenser berichtet an der Hand der einzelnen Originalreferate über die Verhandlungen des vierten internationalen Gynäkologenkongresses zu Rom 15.—21. September 1902.

III. Wahl des Vorstandes für die Jahre 1903/04.
1. Vorsitzender: Herr Osterloh.
2. Vorsitzender: Herr Schmorl.
1. Schriftführer: Herr Buschbeck.
2. Schriftführer: Herr Goldberg.

---

265. Sitzung am 18. Dezember 1902.

Vorsitzender: Herr Grenser; Schriftführer: Herr Buschbeck.

Tagesordnung:

I. Herr Weisswange: Demonstrationen.

1) Uterus rudimentarius cum vagina rudimentaria.

19jähriges, kräftiges Mädchen. Immer gesund, amenorrhoisch. Seit einem Jahre vikariierende Menses (Nasenbluten) alle 4 Wochen. Äußere Genitalien normal, Schamhaare mäßig entwickelt. Scheide nicht vorhanden. 2 cm unter dem Orif. urethrae eine stecknadelkopfgroße Öffnung, durch die man mit der Sonde in einen 7 cm langen Blindsack kommt. Per rectum fühlt man an Stelle des Uterus einen dünnen Strang und zu beiden Seiten daran etwa erbsengroße Körper, die als rudimentäre Ovarien angesprochen werden.
Libido vorhanden. Pat. will heiraten.

2) Federkiel (Malpinsel) als Abortivum.

26jährige Hausbesitzersfrau, Ipara, die sich im 2. Monat schwanger fühlt, hat sich mittels Spiegel in gebückter Stellung in das Orificium externum einen Federkiel eingeführt, der aber dann nicht in die Uterushöhle, sondern in die Uterusmuskulatur eingedrungen war und so fest saß, daß er nur mit Mühe entfernt werden konnte. Der Uterus hat die schwere Schädigung glücklich überstanden; weder Abort noch Fieber ist eingetreten.

Der Fall hat mich insofern interessiert, als in den Ann. de gyn. et d'obstétr. kürzlich von Varnier die Frage angeregt wurde, ob eine Selbstabtreibung überhaupt in dem Sinne möglich sei, daß eine Frau sich das Orificium uteri derartig zugänglich machen könne, um instrumentell in die Uterushöhle eindringen zu können. Es sind dann in Toulouse an 20 Frauen experimentelle Versuche darüber angestellt worden, ob sie Instrumente ohne Spekulum in die Uterushöhle einführen konnten, und zwar bei 14 mit positivem Erfolge. In dem oben erwähnten Falle entwickelte die Pat. so große Geschicklichkeit bei der Demonstration der Art der Einführung, daß an der Möglichkeit wohl nicht gezweifelt werden kann.

3) Ein durch vaginale Totalexstirpation gewonnener Uterus mit Ätzschorf in Tubenecken und frischer Salpingitis durch vorsichtigste Injektion von Chlorzink mittels Braun'scher Spritze.

26jährige Frau, die mit Endometritis und Menorrhagien zur Beobachtung kam nachdem sie 4 Monate vorher von spezialärztlicher Seite curettiert und nachbehandelt war. Erneute Curettage, nach derselben vorsichtigste Injektion von Chlorzink mittels watteumwickelter Braun'scher Spritze. Mikroskopische Diagnose: Adenokarzinom. Nach 5 Tagen vaginale Totalexstirpation. Es findet sich beider-

seits frische Salpingitis, die nach Ansicht des Vortr. vorher sicher nicht dagewesen war, und am exstirpierten Uterus findet sich ein in die Tuben hereinreichender Ätzschorf. Vortr. zieht aus dieser Beobachtung den Schluß, daß jede Curettage mikroskopisch untersucht werden sollte, und daß die Braun'sche Spritze selbst bei vorsichtigster Anwendung schädlich wirken kann.

4) Vereitertes Dermoid des Beckenbindegewebes mit Perforation in die Blase bei Gravidität.

34jährige Frau, 2p. Oa., im 3. Graviditätsmonat mit einem fest zwischen Uterus und Blase sitzenden Tumor und stinkendem, eitrigen Urin. Diagnose: Dermoid mit Durchbruch nach der Blase. Da die Beschwerden immer stärker, der Tumor immer größer wird, wird die Operation vorgenommen, nachdem durch Blasenaustastung (Cystoskopie gelingt nicht wegen starker Trübung) festgestellt, daß sich eine stecknadelkopfgroße Perforation mit Klappenventil von der Blase aus gebildet hat. Tumor sitzt fest zwischen Uterus und Blase. Ablösung ist sehr schwierig und gelingt nicht vollständig. Tumor platzt, und da Blasenresektion ungünstig scheint, wird das der Blase fest ansitzende Stück Dermoidwand mittels Tabakbeutelnaht über die Perforationsöffnung genäht. Drainage. Fieberhafter Verlauf. Pat. hat sich vollständig erholt, die Schwangerschaft ist nicht unterbrochen worden. Pat. erwartet in einigen Wochen ihre Niederkunft.

Tube und Ovarium sind durch Druck des Tumors vollständig atrophisch, es besteht aber auch mikroskopisch kein Zusammenhang mit Ovarium und Tube. Demonstration des makroskopischen und mikroskopischen Präparates.

5) Appendix mit Borste (Zahnbürste) und ulcerierendem Kotstein als zufälliger Befund bei Ovariotomie.

Vortr. empfiehlt bei jeder Laparotomie die Inspektion und eventuelle Resektion des Processus vermiformis, ein Verfahren, daß er selbst stets ausführt, nachdem er einen Fall erlebt, wo sich eine Pat. nach glatt verlaufener Laparotomie nicht erholte und später von anderer Seite die Resektion des Processus vermiformis vorgenommen wurde, wegen entzündetem und mit Vermes gefülltem Appendix. Diese zweite Laparotomie hätte ihr erspart bleiben können, wenn Vortr. bei der ersten Laparotomie den Processus inspiziert hätte. Auch in diesem Falle würde sich Pat. nicht erholt haben, wenn nicht die Inspektion des Appendix und damit die notwendige Resektion vorgenommen worden wäre.

Diskussion: Im Anschluß an Fall 3 entwickelt sich eine längere Aussprache über die Anwendung der Braun'schen Intra-uterin-Spritze. Herr Leopold erinnert an die bekannten unglücklichen Fälle von Credé, Spiegelberg und Veit, und wundert sich, daß das Instrument immer noch im Gebrauch ist; er selbst benutzt es seit vielen Jahren nicht mehr und warnt wiederholt vor seiner Verwendung. Im gleichen Sinne äußern sich die Herren Peters und Goedecke, während Herr Osterloh, der die Braun'sche Spritze seit 26 Jahren ohne jeden Unglücksfall benutzt, für die Brauchbarkeit und Ungefährlichkeit des Instrumentes eintritt, wenn dasselbe nur mit der notwendigen peinlichen Vorsicht gehandhabt wird; vielleicht bietet sich bald Gelegenheit über die Anwendung der Braunschen Spritze in seiner Abteilung einige Mitteilungen zu machen.

Herr Grenser erinnert an die Diskussion über dasselbe Thema in der 226. Sitzung der Gesellschaft; er hat in den letzten Jahren das Instrument nicht mehr angewandt.

II. Herr Dohrn: Aus dem Leben des Professors G. A. Michaelis.

(Wird im Zentralblatt für Gynäkologie ausführlich erscheinen.)

III. Herr Kannegießer (als Gast): Über Metreuryse bei Placenta praevia.

Nach einem Überblick über alle wichtigeren Veröffentlichungen von Anwendung des Metreurynters bei Placenta praevia berichtet Vortr. über die Grundsätze, nach denen im laufenden Halbjahr sämtliche Fälle von Placenta praevia in der geburtshilflichen Poliklinik der Dresdener Frauenklinik behandelt wurden.

Diese sind (ähnlich wie bei Dührssen, Deutsche med. Wochenschrift 1894) kurz folgende:

Bei Längslagen und erreichbaren Eihäuten Blasensprengen (dies genügte in allen Fällen von Praevia marginalis). Blutet es weiter oder tritt der vorangehende Teil nicht tiefer — bei Querlagen und bei erreichbaren Eihäuten sofort —, Einlegen eines Metreurynters in die eröffnete Eihöhle. Verwendet wird die gewöhnliche Braun'sche Blase, die, ohne jeden Druck angefüllt, 250 ccm Flüssigkeit faßt und erst durch die doppelte Menge (abgekochten) Wassers die für unseren Zweck nötige Konsistenz und einen Umfang von 33 cm bekommt. Zur Erleichterung der Einführung und zur Vermeidung des Transportes von Scheidenbakterien wird Einlegen im Querbett nach Anhaken der Portio empfohlen.

Dann elastischer Zug möglichst in der Richtung der Beckenachse; Verstärkung des Zuges je nach der Stärke der Wehen.

Nach Geburt des Metreurynters (hier im Durchschnitt 3 Stunden 22 Minuten nach der Einführung) Wendung und Extraktion — wenn keine Blutung, auch Abwarten der Spontangeburt.

Die Erfolge bei 7 so einheitlich mit dem Metreurynter behandelten Pat. waren gut; alle wurden am 9.—11. Tage p. p. gesund entlassen. Von den 7 (meist ausgetragenen) Kindern wurden 4 lebend entlassen, bei einem wurde der nachfolgende Kopf wegen engen Beckens perforiert, eins bei einem Falle von Praevia centralis mit vorhergehender starker Blutung wurde mit schwachen Herzschlägen (80mal in der Minute) übernommen und starb während der Metreuryse ab, eins während der Entwicklung der Arme und des Kopfes.

Vortr. hält es nicht für überflüssig, wieder einmal auf die Metreuryse bei Placenta praevia hinzuweisen wegen ihrer leichten Ausführbarkeit, Ungefährlichkeit und prompten Wirkung in Bezug auf Blutstillung und Erweiterung des Muttermundes.

---

2) Fränkische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

II. Sitzung vom 31. Januar 1903.

Demonstrationen.

1) Dr. Burckhard (Würzburg) demonstriert den modifizierten Hegarschen Nadelhalter (s. dieses Zentralblatt 1903 Nr. 6).

2) Dr. Hammer (Würzburg) demonstriert:

a. Ein Präparat von Myxoma fibrosum placentae.

b. Ein Präparat von Angiom der Leber, von einem 7 Tage alten Kinde stammend, welches an Ikterus litt.

3) Dr. Flatau (Nürnberg) demonstriert:

a. Sarkom des rechten Ovariums bei einem $1^3/_4$jährigen Mädchen. Der Tumor ist $1^1/_2$kindskopfgroß. Operation schwierig durch ausgedehnte Verwachsungen.

b. Ein zweites Sarkom der gesamten Urethra mit zwei faustgroßen Metastasen der Inguinaldrüsen. (Vgl. Berichte der med. Gesellschaft. Nürnberg 1902.)

4) Dr. Brandt (Würzburg) demonstriert den Heißluftapparat von Hilzinger in Stuttgart. Derselbe läßt sich am Fußende jeder Bettstelle anbringen; die Wärmezufuhr erfolgt durch eine einfache Spirituslampe. Der Apparat eignet sich besonders gut zur raschen Erwärmung Laparotomierter.

I. Prof. Hofmeier (Würzburg): Über neuere Bestrebungen zur Verbesserung der Inhalationsnarkose.

Wiewohl Vortr. grobe Schädigungen durch die Chloroformnarkose — von der allein die Rede ist — nicht gesehen hat, steht er doch auf dem Standpunkte, daß man bestrebt sein müsse, die Gefahren derselben auf ein Minimum zu reduzieren.

Er empfiehlt und demonstriert den von Dr. Wohlgemuth in Berlin konstruierten Apparat, dessen Prinzip auf der gleichzeitigen Zufuhr von Sauerstoff neben Chloroform beruht (Chirurgenkongreß 1901). Die Chloroformmenge läßt

sich genau dosieren, außerdem ist man jederzeit imstande, reinen Sauerstoff atmen zu lassen. Vortr. hat selbst noch keine großen Erfahrungen mit dem Apparate sammeln können, auffallend waren ihm der geringe Chloroformverbrauch — nämlich ca. 25 g pro Stunde —, die hellrote Blutfarbe während der Operation und die besonders rasch erfolgende Erholung von der Narkose. Der Apparat eigne sich zunächst wohl nur für klinische Zwecke, da er zu schwer transportabel und der sich auf ungefähr 1 ℳ belaufende Sauerstoffverbrauch pro Narkosenstunde für die allgemeine Praxis wohl zu kostspielig sei.

II. Dr. Simon (Nürnberg): Über vaginalen Kaiserschnitt.

Als Indikation läßt Vortr. neben Tumoren und narbiger Stenose der weichen Geburtswege auch die Eklampsie gelten, bei der sich die möglichst rasche Entleerung des Uterus immer noch als beste Therapie bewährt habe. Die auf Schraubengewinden laufenden Instrumente zur künstlichen Dilatation der Cervix bergen Gefahren in sich. Da es sich nicht um Nachahmung physiologischer Verhältnisse, sondern um brüske Dilatation handle, so sei es Glückssache, wie lange die Cervix aushalte. Bei den oben erwähnten anatomischen Hindernissen verbiete sich die Anwendung von Dilatatoren von selbst und für sie empfiehlt Vortr. die Methode des vaginalen Kaiserschnittes jedenfalls.

In den drei so behandelten Fällen wurde zweimal nach der Eröffnung des Uterus mittels Zange ein lebendes Kind entwickelt, im dritten Falle (Eklampsie) von der beabsichtigten Wendung wegen pulsloser Nabelschnur Abstand genommen und perforiert.

(Erscheint ausführlich in der Münchener med. Wochenschrift.)

In der Diskussion betont Hofmeier, daß in Fällen von Eklampsie wohl auch mit anderen Methoden etwas zu erreichen sei. Bei narbiger Veränderung hält er die Orientierung für sehr schwierig und schlägt für derartige Fälle doch lieber den klassischen Kaiserschnitt vor.

Flatau (Nürnberg) schließt sich diesem Vorschlage an und betont, daß die Operation wohl für den angängig sei, der gewohnt wäre, in der Vagina zu operieren, für den praktischen Arzt aber könnten sich in Gestalt schwer stillbarer Blutungen unangenehmste Situationen ergeben.

Hofrat Oppenheimer (Würzburg) glaubt für die Praxis auch mehr den klassischen Kaiserschnitt wegen der geringeren notwendigen Assistenz empfehlen zu müssen.

III. Prof. v. Franqué (Würzburg): Über das Chorionepitheliom.

Vortr. berichtet über drei neue Fälle aus der Würzburger Klinik. Besonders interessant ist der zweite Fall, wo manuell aus dem vergrößerten Uterus entfernte Massen als typisches Chorionepitheliom erkannt wurden. Hierauf erkrankte die Pat. an schwerer Sepsis, während deren eine sehr energische Lokalbehandlung vorgenommen wurde. Bei einer nach 29 Tagen ausgeführten zweiten Ausschabung der Uterushöhle erwies sich dann die Mukosa als gesund, und auch die Pat. ist bis heute (5 Jahre später!) gesund geblieben.

Bei klinisch stark auf Malignität verdächtigem Symptomenbild mit zweifelhaftem mikroskopischem Befunde rät v. F., lieber den Uterus als maligne zu betrachten, anstatt durch zu langes Beobachten den günstigen Zeitpunkt zum operativen Eingreifen zu versäumen.

(Der durch vorzügliche mikroskopische Bilder erläuterte interessante Vortrag erscheint ausführlich in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

IV. Dr. Bollenhagen (Würzburg): Über die Verwendung des Kolpeurynters in der Geburtshilfe.

B. empfiehlt die Kolpeuryse zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, und glaubt ihre Vorzüge gegenüber der sonst am meisten gebräuchlichen Bougiemethode erblicken zu können in wesentlicher Abkürzung der Geburtsdauer und entschieden geringerer Zahl der fieberhaften Wochenbetten. Nach Ausstoßung des Ballons schließt er prinzipiell die Wendung und Extraktion sofort an.

Bei Placenta praevia hält er die Anwendung der Hysteroryse durchaus nicht in jedem Falle für erforderlich, häufig genüge der Blasensprung vollständig, immer aber legt er den Ballon ein, wenn ein großer Placentarlappen vorliegt oder wenn es stark blutet. Vor der kombinierten Wendung hat die Hysterorhyse den Vorzug, daß sie die Narkose entbehrlich macht und leichter ausführbar ist. Schließlich sei auch die Mortalität der Kinder bei der Hysterorhyse geringer als bei der frühzeitigen Wendung.

V. Dr. Hammer (Würzburg): Über Lysolvergiftung.

(Erscheint in extenso in der Münchener med. Wochenschrift.)

VI. Dr. Kirchgessner (Würzburg): Über Endothelioma lymphaticum cervicis uteri.

34jährige IIIpara mit Anamnese und den klinischen Erscheinungen eines Cervixkarzinoms. Vaginale Totalexstirpation. Tod am 4. Tage post op. an Peritonitis purulenta diffusa.

Mikroskopische Untersuchung ergibt intaktes Epithel und ebensolches Endothel der Blut- und Lymphgefäße, die Geschwulst ausgehend von den Enthothelien der Saftspalten und Lymphkapillaren.

Die Cervixendotheliome haben nach der vom Vortr. aus den sieben bisher in der Literatur vorhandenen Fällen gezogenen Schlußfolgerung keine Vorliebe für ein bestimmtes Alter der Frauen, sie kommen bei Nulliparen ebenso wie bei Multiparen vor. Die klinischen Erscheinungen sind die eines Cervixkarzinoms, jedoch die Neigung zur Metastasierung viel geringer, sowie das Wachstum viel langsamer als bei letzterem. Straus (Nürnberg).

---

3) Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie de Paris.

Paris, G. Steinheil, 1902.

Sitzung vom 21. Juli 1902.

1) Couvelaire berichtet über einen Fall, wo durch Punktion einer intraligamentären Cyste während der Geburt diese definitiv zum Verschwinden gebracht worden war, so daß ein Jahr später bei erneuter Schwangerschaft die Geburt spontan verlief und eine Cyste nicht mehr zu konstatieren war.

2) Diskussion über den Vortrag Wallich's: Über die Symphyseotomie bei Stirnlagen.

Pinard erörtert die Fragen: Wann und wie soll man eingreifen? Die Indikation zur Symphyseotomie scheint ihm gegeben, falls es sich um eine definitive Stirnlage mit unbeweglichem Kopfe handelt. Bei beweglichem Kopfe kommt man mit dem Forceps aus; die Traktionen sind dabei so auszuführen, daß »das Kind die Symphyse der Mutter in seinem Munde hat«.

Champetier de Ribes schließt sich den Ausführungen Pinard's an.

Die weitere Diskussion wird verschoben.

3) Champetier de Ribes und Daniel: Über einen Fall von Bruch des Schädeldaches während der Geburt.

Es handelte sich um eine Beckenendlage. Spontangeburt bis zum Kopfe. Mauriceau'scher Handgriff; dabei Bruch des Schädels mit Ausfluß von Gehirn. Ätiologisch käme die Syphilis in Betracht, für die auch noch andere Anzeichen vorhanden waren.

4) Varnier: Das Ende und das Testament Levret's.

Nicht von allgemeinem Interesse.

Sitzung vom 20. Oktober 1902.

1) Couvelaire hat eine Cyste der Vagina während der Schwangerschaft und der Geburt beobachtet und in der 5. Woche post partum exstirpiert.

Die Cyste war während der Austreibungsperiode nach oben ausgewichen, obgleich sie sonst in der Vulva zu sehen war.

2) Pinard: Cholecystitis im Puerperium. Cholecystotomie am 11. Tage post partum. Heilung.

Im Anschluß an die Mitteilung Potocki's (Junisitzung) will P. eine analoge Beobachtung schildern, und zwar vor allem mit Rücksicht auf die schon von Potocki hervorgehobene Schwierigkeit der Diagnosenstellung. Gemeiniglich wird bei einer fieberhaften abdominalen Affektion mit Schüttelfrost und Erbrechen im Puerperium an das Nächstliegende, eine puerperale Infektion gedacht. Man soll jedoch mit Rücksicht darauf, daß die schweren puerperalen Infektionen heutzutage sehr selten sind, im gegebenen Falle an Appendicitis, stielgedrehte Ovariencysten, Ileus u. dgl. denken. Von der richtigen Diagnose hängt in einem solchen Falle meist das Leben ab.

Ob in dem vorliegenden Falle der Ausbruch der Erkrankung, der in direktem Anschlusse an die Geburt erfolgt war, in ursächlichem Zusammenhange mit der letzteren steht, will P. unerörtert lassen.

Lepage glaubt nicht an einen solchen Zusammenhang, kennt aber Fälle, wo eine eitrige Cholecystitis durch eine puerperale Infektion verursacht war.

3) Guinon und Coffin: Ein Fall von infantilem Skorbut.

Das betreffende, aus wohlhabender Familie stammende, 10 Monate alte Kind war 3 Monate lang nur mit sterilisierter Milch ernährt worden. Ersatz dieser durch Kuhmilch brachte die schweren Krankheitserscheinungen sofort zum Verschwinden.

Engelmann jun. (Hamburg-Eppendorf).

Neueste Literatur.

4) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVII. Hft. 1.

1) C. Stravoskiadis (Wien). Über die Veränderungen des Uterus bei akuten Infektionskrankheiten.

Referat nach Schluß des Aufsatzes im nächsten Hefte.

2) F. Frank (Köln). Beiträge zur Frage des Operierens an inneren Organen der Bauchhöhle beim Weibe.

F. gibt die Krankengeschichte eines Falles von Komplikation von Schwangerschaft mit Fibrom. Der im Becken eingekeilte Tumor wurde durch hintere Kolpotomie ohne nennenswerte Blutung, ohne Eröffnung der Uterushöhle enukleiert. Am 4. Tage p. op. abortierte die Frau und starb am folgenden Tage an Entkräftung.

Der Fall hat das Besondere, daß die Frau monatelang wegen ihrer heftigen Beschwerden zunächst unter der Diagnose Gallensteinkoliken behandelt und auch operiert wurde, ohne daß Gallensteine sich fanden, und später unter Verdacht einer tuberkulösen oder karzinomatösen Darmerkrankung reichliche Morphiumdosen erhielt. Da Schmerzen und Erbrechen nicht aufhörten, wurde als letztes Mittel die künstliche Frühgeburt vorgeschlagen, und so kam die Frau in die Behandlung von F., allerdings in einem beängstigend heruntergekommenen Zustande.

F. macht darauf aufmerksam, daß man bei Frauen mit der Diagnose und Operation von Gallensteinen besonders vorsichtig sein müsse, da häufig die Ursache der Beschwerden im kleinen Becken liege und beim Schwinden der dort vorhandenen krankhaften Beschwerden auch die vermeintlichen Gallensteinkoliken ausbleiben und führt kurz einige beweisende Fälle an.

Bei reiner Hyperemesis hat F. nie die Indikation zur Einleitung des Abortes gefunden. Er konnte die Frauen stets zum Schwangerschaftsende bringen.

Von der Operation von Geschwülsten während der Schwangerschaft ist abzuraten, wenn nicht zwingende Gründe: Karzinome, Stieldrehung von Ovarialcysten etc. vorliegen, weil zu leicht eine Unterbrechung der Schwangerschaft eintritt. Das zeigt auch der beschriebene Fall, in dem ja allerdings die Operation als einzige Aussicht, das Leben zu retten, notwendig war.

3) A. Heugge (Greifswald). **Pseudohermaphroditismus und sekundäre Geschlechtscharaktere; ferner zwei neue Beobachtungen von Pseudohermaphroditismus beim Menschen.**

Die beiden Fälle stammen aus dem Materiale der Greifswalder Klinik. Es handelt sich um zwei »Schwestern«, die eine die jüngste, die andere die älteste von sechs Geschwistern. Sie zeigen durchaus weibliche Verhältnisse in Habitus wie äußeren Genitalien, Stimme etc., sie sind stets als Mädchen erzogen worden und betrachten sich selbst als solche, so daß auch die ältere einen Mann heiratete. Auf der mikroskopischen Diagnose männlicher Keimdrüsen bei der jüngeren Schwester muß diese und aus Analogie auch die ältere als Mann angesprochen werden. H. gibt eine eingehende makro- und mikroskopische Beschreibung seiner Fälle und knüpft daran eine Erörterung über die Ätiologie, Diagnose und Therapie der zwitterhaften Mißbildungen, deren interessante Einzelheiten im Originale nachgelesen werden müssen. Zum Schlusse hebt er folgende Punkte hervor.

1) In der Regelmäßigkeit, mit der sich die sekundären somatischen wie psychischen Geschlechtscharaktere abhängig von der Geschlechtsdrüse entwickeln, kommen häufig Schwankungen vor.

2) Jede Änderung in der Geschlechtsdrüse beeinflußt die sekundären Geschlechtscharaktere, um so mehr, je früher jene Änderung auftritt.

3) Für kongenitale Störungen in der Geschlechtsdrüse und in den sekundären Geschlechtscharakteren sind stets mechanische Ursachen zu suchen; gelingt deren Nachweis nicht, so sind wir gezwungen, trophische oder nervöse Einflüsse anzunehmen, bezw. unsere Unkenntnis der Ursache zu bekennen. »Atavismus« ist keine Erklärung, dient aber dem Verständnis der anomalen Bildungen.

4) Auf die Entwicklung der psychischen Geschlechtscharaktere und auch mancher anderer Erscheinungen, wie Dysmenorrhoe bei männlichen Scheinzwittern, sind Erziehung und Beispiel von großem Einflusse.

5) Die operative Entfernung der Geschlechtsdrüsen bei Scheinzwittern ist nur dann statthaft, wenn durch dieselben starke Beschwerden verursacht und zugleich eine volle geschlechtliche Funktion dieser Drüsen durch den Mangel der entsprechenden Begattungsorgane unmöglich gemacht wird.

4) B. Daniel (Hamburg). **Über den Schatz'schen Metranoikter.**

Das Schatz'sche Instrument wurde in der Prochownik'schen Klinik in 100 Fällen, in denen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken eine Erweiterung der Gebärmutter angezeigt war, mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt. Nach 12—20stündiger Einwirkung ist der Uterus für den Finger bequem zugängig. Nebenverletzungen wurden nicht beobachtet. Die Schmerzhaftigkeit ist eine geringe, es ist keine Infektionsgefahr vorhanden.

5) H. Hirschl (Prag). **Über Chorea gravidarum.**

Nach Besprechung der Ätiologie und Symptomatologie der Erkrankung berichtet H. über einen selbst beobachteten Fall von Chorea gravidarum im 8. Monate der Gravidität bei einem kräftigen 20jährigen Landmädchen. Mutter und Kind kamen bei einer lediglich exspektativen Behandlung mittels der üblichen Arsenkur ohne Schaden davon. Freilich war es spontan zu einem vorzeitigen Eintritte der Geburt und damit zu einem schnellen Schwinden aller Krankheitserscheinungen gekommen. — Hinsichtlich der Therapie steht Verf. auf dem Standpunkte von Knapp: In leichten Fällen diätetisch-medikamentöse Behandlung wie außerhalb der Schwangerschaft; schwere Fälle bilden eine strikte Anzeige zur Einleitung der künstlichen Fehl- bezw. Frühgeburt.

Ovarium.

5) **X. F. Funk.** Über das gleichzeitige Vorkommen von Krebs der Gebärmutter und des Eierstocks.

Inaug.-Diss., Tübingen, 1901.

Verf. berichtet über 4 Fälle von Krebs des Uterus und des Ovariums ohne gleichzeitige Karzinomerkrankung der die beiden Organe verbindenden Gewebsbrücke. Die Fälle kamen in der kurzen Zeit vom 14. Mai 1900 bis 5. September 1901 in der gynäkologischen Abteilung der Tübinger Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung und Operation, bei der großen Seltenheit dieser Komplikation sicher nur ein zufälliges Zusammentreffen. Die Operation verlief in allen 4 Fällen glatt. Bei zwei Frauen war nach 6 Monaten resp. 1½ Jahren kein Rezidiv nachweisbar. In einem Falle ist bei der Pat. nach 8 Monaten lokal alles rezidivfrei, doch fühlt man vom Rektum aus rechts hinten einen knotigen ca. birngroßen Tumor, von dem es fraglich ist, ob es sich nicht um ein Stumpfexsudat handelt, zumal die betreffende Frau 25 Pfund zugenommen hat. Der 4. Fall kam nicht zur Kontrolluntersuchung. Verf. glaubt auf Grund seiner Untersuchungen sich der Anschauung anschließen zu dürfen, daß die primäre Erkrankung fast ausschließlich in die Gebärmutter zu verlegen ist und die Ausbreitung des Karzinoms vom Uterus auf das Ovarium sich in den Lymphgefäßen vollzieht.

R. Biermer (Wiesbaden).

6) **Hunner** (Baltimore). Ovarialfibrom.

(Johns Hopkins hospital bulletin Vol. XIII. Nr. 139. Oktober.)
(Exhibition in the Johns Hopkins Hospital med. soc.)

Im Anschluß an die Darstellung eines großen, klinisch mit enormem Ascitesbild einhergegangenen Ovarialfibrom warnt H. vor dem diagnostischen Fehlschluß, daß ein mit Ascites einhergehender solider Ovarialtumor per se maligne und inoperabel sei.

Seine 53 Jahre alte Pat. hatte seit 12 Jahren zunächst nur an periodisch auftretenden sehr heftigen Schmerzanfällen in der rechten Seite und Lumbalregion ohne weitere Komplikation gelitten. In den schmerzfreien Intervallen völliges Wohlbefinden. Von hervorragenden Chirurgen und Gynäkologen war sie — zuletzt vor 5 Jahren — dahin beschieden worden, der vorhandene Tumor eigne sich nicht zur Operation.

Seit 2 Jahren allmählich zunehmende Störung des Allgemeinbefindens und Anschwellung des Leibes. Wegen dadurch bedingter starker Dyspnoë fünfmal punktiert.

In den letzten 5 Monaten von mehreren Ärzten symptomatisch behandelt. Bei der schließlich vorgenommenen Operation 10 Liter freie Flüssigkeit abgelassen und großer, außerordentlich beweglicher, solider gestielter Ovarientumor — Fibrom — exstirpiert. Derselbe war stark mit dem Omentum verwachsen. Stiel 2½mal um seine Achse gedreht; enorme Ausdehnung der großen Venen.

H. berichtet über 9 weitere unter einem Material von 9400 gynäkologischen Operationen vorgekommenen Ovarialfibromen. 4 Pat. hatten enormen, 4 keinen Ascites. Bei 6 Fällen bestand gleichzeitig Uterusmyom.

Bei den Fällen mit starkem Ascites fand er Stieldrehung oder subperitoneale Entwicklung mit wahrscheinlicher Störung der Circulation.

Eversmann (Bonn).

7) **J. Dunlop Lickley** (Dundee). Hernia obturatoria ovarii.

(Glasgow med. journ. 1892. März.)

Es handelt sich um einen Leichenbefund bei einer, an den Folgen einer Hemiplegie verstorbenen, 87jährigen Frau. Anamnese fehlt. Sehr detaillierte Beschrei-

bung der anatomischen Verhältnisse. Größe des flaschenförmigen, in ziemlich reichliches, subperitoneales Fett gelagerten Sackes 5,4 : 2,8 cm; Inhalt (mobil) das ganze rechte Ovarium (3,7 : 1,6) 1 cm vom Lig. ov. rotundum und 4,8 cm der Tube. Die sehr in die Breite entwickelte Harnblase, welche, gefüllt, das Foramen obturatorium zum guten Teil bedeckte, mag nach Verf.s Ansicht, durch diese ihre Eigentümlichkeit eine der Ursachen abgegeben haben dafür, daß nicht Darm, sondern die beschriebenen Organteile in den Bruchsack getreten waren.

Zeiss (Erfurt).

8) **Bristow** (Brooklyn, N. Y.). Inkarzerierte Hernie des Ovariums und der Tube.

(Med. news 1902. Juli 12.)

Im Anschluß an einen derartigen Fall, welchen Verf. operiert hat, wurde die diesbezügliche Literatur geprüft und etwa 100 einschlägige Beobachtungen zum Vorschein gebracht. Aus diesen ergibt sich, daß in kongenitalen Hernien des Ovariums immer auch die Tube liegt, und daß mit demselben meist auch andere Bildungsfehler verbunden sind. Ferner ist das häufige Vorkommen solcher Hernien bei kleinen Kindern auffallend.

Diese Tatsachen geben einen Wink für die Ätiologie der Anomalie. Die Hernien des Ovariums und der Tube basieren auf einer Entwicklungsstörung, insofern das Ovarium dem bei der männlichen Keimdrüse normalen »Descensus« unterworfen ist.

Daß die erworbenen Ovarialhernien meist auf der rechten Seite auftreten, liegt an den anatomischen Verhältnissen. Das linke Ovarium liegt etwas tiefer nach dem Douglas zu, das rechte näher der Fossa iliaca.

G. Frickhinger (München).

9) **E. Payr** (Graz). Über die Ursachen der Stieldrehung intraperitoneal gelegener Organe.

(Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 2.)

Verf. berichtet über einen Fall von Ovarialkystom, welches in großer Ausdehnung mit dem Netz verwachsen war und sich mit diesem zweimal um 360° gedreht hatte. Mit den entsprechenden Adnexen hing die Geschwulst nur durch einen dünnen, ebenfalls mehrfach torquierten Strang zusammen. — Reine intraabdominelle Netztorsionen sind selten, häufiger ist die Torsion des Netzes im Bruchsack oder zusammen mit verwachsenen Organen. Peripher von der Drehung entwickelt sich gewöhnlich eine Geschwulst aus dem blutig infarzierten, ödematösen Netz und aus überfüllten oder thrombosierten Venen. — Zur Aufklärung des Drehungsmechanismus hat Verf. gut gelungene Tierexperimente ausgeführt; an dieser Stelle können nur die aus ihnen hergeleiteten Schlüsse berücksichtigt werden: Es ist zweckmäßig die von außen einwirkenden Ursachen (Peristaltik und wechselnde Füllung der Baucheingeweide, Kontraktion der Bauchmuskeln, Bauchpresse, Schlaffheit der Bauchdecken, rasche Lageveränderung des Körpers) von den inneren durch Wachstumsverhältnisse und Circulation gegebenen Momenten zu trennen. Die Größe, Schwere und Konsistenz eines Organes ist von Bedeutung. Besonders wichtig aber ist das Verhältnis der genannten Komponenten zu dem Stiele des Organes. Abgesehen von großen Ovarialtumoren an kurzen dünnen Stielen, drehen sich Geschwülste mit langem Stiel leichter als solche mit kurzem Stiel. Die Blutgefäße des Stieles können bei reichlicher Entwicklung an nicht zu großen Tumoren eine aktive Rolle spielen: hochgradige Stauung in den Venen kann einen experimentell nachahmbaren Torsionsvorgang einleiten oder erzeugen. — Die Drehungsmechanismen haben auch für andere mit Gas oder Flüssigkeit gefüllte schlauchförmige Hohlräume (Darmkanal) bedingte Geltung.

Calmann (Hamburg).

10) **Piollet** (Lyon). **Epitheliom des Ovarium.**

(Lyon méd. 1902. Juni 15.)

Pat., 54 Jahre alt, bisher gesund, leitet seit 2 Jahren an Blutungen, schließlich mit wehenartigen Schmerzen und kontinuierlich. Die vor 8 Wochen erfolgte Beseitigung eines Uteruspolypen hatte die Schmerzen geheilt, die Blutungen aber nicht beeinflußt. Allgemeinzustand gut; keine Abmagerung oder Veränderung innerer Organe. Uterus groß, uneben, schlecht beweglich; scheinbar zur hinteren Wand gehörig, sitzt ihm links ein kleinorangengroßer Tumor an, der, durch eine Furche abgesetzt, sich doch mit ihm bewegt. Diagnose: multiple Myome. Bei der vaginalen Totalexstirpation gelingt es nicht, den kleineren Tumor mit zu entfernen. 3 Tage später werden beide Adnexe vom Abdomen her entfernt. Der Tumor sitzt an der linken Tube und stellt das maligne (Epitheliom, Endotheliom, Sarkom? mikroskopische Untersuchung steht noch aus) entartete Ovarium dar. Uterus von Fibromen durchsetzt; in der linken Tubenecke Ulcus auf degeneriertem Boden, bis in die Tube hinein zu verfolgen.

Vater der Pat. starb an Krebs, ihre einzige Tochter wurde wegen Chondrom der Thoraxwandungen operiert. **Zeiss** (Erfurt).

11) **Pick** (Berlin). **Zur Kenntnis der Teratome: blasenmolenartige Wucherurgen in einer »Dermoidcyste« des Eierstocks.**

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 51.)

Verf. will durch die Veröffentlichung eines ausführlich mikroskopisch untersuchten Falles von Vorkommen von Fruchthüllen an Teratomen des Ovariums den Beweis liefern, daß die von Marchand und Bonnet anläßlich der Erörterung der Frage, ob die Teratome der Keimdrüsen (»Dermoidcysten«, »Embryome«) aus Blastomeren oder aus befruchteten Polzellen abzuleiten sind, geäußerte Ansicht, daß an diesen Geschwülsten niemals eine Spur von Fruchthüllen nachgewiesen sei, nicht mehr zu Recht bestehe.

Freilich ist auch mit dem Befund von Bestandteilen oder Abkömmlingen der Fruchthüllen in teratomatösen Tumoren nichts für die Entstehung aus befruchteten Polkörperchen und mit dem Fehlen derselben nichts für die Abstammung von verirrten Blastomeren bewiesen.

Verf. folgert aus seinem Falle nur:

Chorionepitheliome oder traubenmolenartige Produkte können als Bestandteile von Teratomen oder selbst als alleiniger Bestandteil derselben in vollkommener Unabhängigkeit von Schwangerschaft in allen Teilen des Organismus, des männlichen wie des weiblichen, auftreten.

Zwischen dererlei Bildungen und den gewöhnlichen Chorionepitheliomen und Traubenmolen des Weibes besteht bei gleicher anatomischer Zusammensetzung und gleicher spezifischer Histiogenese dennoch ein prinzipieller Unterschied; letztere stehen zu ihrem Träger im Verhältnis der Descendenz, erstere in dem der Konsanguinität. **Weisswange** (Dresden).

Verschiedenes.

12) **R. Vogel** (Bonn). **Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der peritonealen Adhäsionen nach Laparotomien.**

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. LXIII.)

5 im Johanneshospital von Schede operierte Fälle von primärer und residivierender Adhäsionsbildung — 4 davon endeten letal — veranlaßten V., die Bildung der Adhäsionen genauer zu studieren und nach prophylaktischen Maßnahmen zu suchen. Die eingehend berücksichtigte Literatur läßt eine ziemliche Divergenz der Anschauungen erkennen. Die Ansichten der Autoren werden von V. einer sorgfältigen Kritik unterzogen. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in 60 Experimenten, die V. selbst an Kaninchen anstellte. Er prüfte zunächst die

Versuche, die von anderen Autoren über die Entstehung von intraperitonealen Adhäsionen angestellt sind, nach und fand als Ursachen peritonitischer Adhäsionen: 1) Blutungen aus intraperitonealen Wunden. An der verletzten Stelle gerinnt das Blut wie an einer lädierten Gefäßintima. Die Gerinnung kann sich weit ausdehnen und zu viel umfangreicheren Verwachsungen führen, als sie die Verletzung an sich bedingt haben würde. 2) Mechanische Reizungen und Verletzungen. Dieselben müssen gröber sein, wenn die geschädigte Stelle entfernt von der Laparotomiewunde liegt. Liegt sie dagegen dicht daneben, so genügt schon ein geringer Reiz, um Verwachsungen zu veranlassen. 3) Leichte Brandschorfe, während intensive Verbrennungen durch Ausbleiben der Prima intentio keine Adhäsionen hervorrufen, sondern direkt adhäsionshemmend wirken. 4) Chemische Reize (Sublimat, Lygolsche Lösung, Bestreichen mit Lapis). 5) Fremdkörper. 6) Infektion. — Nach Netzabbindungen wurde der Netzstumpf stets adhärent gefunden. Adhäsionen von gesunden Darmschlingen an der gut heilenden Laparotomiewunde wurden nie gefunden, Netzadhäsionen einige Male. Besonders gute Resultate gab die Silberdrahtnaht. Nahtstelle und Drähte blieben völlig frei von Adhäsionen. Der Grund dafür ist vielleicht die Glätte des Drahtes. Begünstigend für Adhäsionen ist die Ruhe der Därme nach der Laparotomie. Beim Tierversuch liegen die Verhältnisse günstiger, da das Tier gleich nach der Operation frißt und sich bewegt. Ganz besonders aktuell ist die Frage, auf welche Weise Adhäsionsbildung verhindert werden kann. V. nennt als prophylaktisch wichtige Punkte: Möglichste Vermeidung mechanischer Insulte, Verwendung stumpfer und nicht scharfer Haken in der Wunde, keine »exakte« Bauchfelltoilette, um Cysteninhalt, Blut, Ascites etc. völlig zu entfernen, Vermeidung des Paquelin bei intraperitonealen Operationen, frühzeitige Anregung der Peristaltik. Praktisch wird es vor allem wichtig sein, daß man nach rechtzeitig vorgenommener Operation bei Ileus einem Rezidiv durch neuerliche Adhäsionsbildung vorzubeugen sucht. V. ging von der Voraussetzung aus, daß es besonders darauf ankomme, die Darmbewegung in Gang zu halten und die passive Beweglichkeit, die Gleitfähigkeit der Därme zu fördern. Zur Anregung der Peristaltik benutzte er bei seinen Tierversuchen (Kaninchen) zunächst eine entsprechende Diät (Runkelrübenfütterung), dann subkutane Injektionen von Atropin, schließlich von dem ebenso prompt wirkenden Physostigmin, das keine sichtbaren Nebenwirkungen hervorbrachte. Um die Darmoberfläche schlüpfrig zu machen, suchte er nach einem Gleitmittel, das indifferent sein mußte und nicht koagulieren durfte. Er versuchte Salepabkochung, Hühnereiweiß, Mucin und dickflüssigen Gummi arabicum, stets in physiologischer Kochsalzlösung aufgelöst. 30—40 ccm von dieser »Gleitschmiere« wurden in die Bauchhöhle gebracht. Zunächst wurden bei den Versuchstieren starke Adhäsionen künstlich erzeugt (Einheilung eines aseptischen Gazetupfers zwischen die Därme). Nach 4—8 Tagen wurden nach Entfernung des Tupfers die Adhäsionen gelöst und die oben bezeichneten Mittel angewendet, um neue Adhäsionsbildung zu verhüten. Das gelang durch Einbringung von Gummi arabicum-Lösung und gleichzeitiger Physostigmininjektion stets. Auch primäre Verwachsungen an Brandschorfen und Netzstümpfen blieben bei dieser Behandlung aus. Betreffs der Übertragung dieser Therapie auf den Menschen äußert sich V. noch etwas reserviert. Er selbst hat in einem Falle von Strangulationsileus nach der Laparotomie 0,0004 Physostigmin. salicyl. injiziert und diese Dosis in den ersten 3 Tagen 3—4mal, darauf 2 Tage noch je 2mal verabfolgt. Die Rekonvaleszenz war tadellos. V. empfiehlt ferner frühzeitigen Lagewechsel nach der Laparotomie (Seitenlage nach 5—8 Tagen), leichte Bauchmassage während der Wundheilung und später Bauchgymnastik. V. versuchte auch gerinnungshindernde Mittel in die Bauchhöhle zu bringen, um die Verklebung der Serosaflächen durch Fibringerinnung zu verhüten. Die dahin zielenden Tierversuche mit Blutegelextrakt, 5—20% Magnes. sulfur.-Lösung und konzentrierter Peptonlösung schlugen jedoch fehl. V. empfiehlt die Physostigmininjektion einer Nachprüfung, besonders auch bei gynäkologischen Laparotomien und hofft, daß auch die Gummi arabicum-Lösung in geeigneten Fällen nachgeprüft werden wird. **Stoeckel** (Bonn).

13) A. Pinna Pintor (Turin). Über einen Fall von Hyperplasia circumscripta (polyposa) endometrii als Ursache schwerer Metrorrhagie bei einer Unverheirateten.

(Giorn. di ginecol. e di pediatria 1902. Nr. 3.)

Eine 41jährige Person menstruierte seit ihrem 14. Jahre regelmäßig, bis seit 3 Jahren die Blutungen heftiger, unregelmäßig wurden und zuletzt in profuse Menorrhagien und Metrorrhagien ausarteten. Weder Schmerzen noch Leukorrhoe waren vorhanden. Starke Anämie, keine Allgemeinerkrankungen. Nach einer Ausschabung ließen die Blutungen nach und das Allgemeinbefinden wurde normal. Das Ergebnis der Ausschabung war: Schleimhaut des Uterus atrophisch, zwei erbsengroße, polypöse Protuberanzen von gleicher mikroskopischer Struktur; die ganze Peripherie der Schnitte ist, mit Ausnahme der Ansatzstellen, von sehr niedrigem Cylinderepithel bedeckt, welches zum Teil durch Extravasate von der Fläche abgehoben ist. Darunter liegt loses Bindegewebe so stark mit roten (Hämotoxilin-Eosinfärbung) Kernen durchsetzt, daß es den Eindruck einer besonderen, die ganze kleine Neubildung umhüllenden Schicht macht. Die tieferen Schichten bestehen aus in verschiedenen Richtungen getroffenen, zum Teil erweiterten Drüsenschläuchen (ohne Oberflächenmündungen) mit zwischenliegendem Stroma, dessen sehr große, ovale, zahlreiche zelligen Elemente das Maschenwerk kaum erkennen lassen. Das Epithel der Drüsen ist meist gut erhaltenes Cylinderepithel, hier und da unregelmäßig, proliferierend. Die Drüsen selbst sind zuweilen atrophiert oder in cystischer Degeneration, enthalten manchmal Schleim und Detritus. Besonders in die Augen aber fallen in den kleinen Geschwülsten die große Menge arterieller Gefäße mit verdickter Tunica externa und guterhaltenem Epithel. Es handelt sich hier also um keine entzündlichen Produkte, sondern um circumscripte Neubildungen. Da die übrige Schleimhaut des Cavum uteri bereits atrophisch rückgebildet war, mußten die abundanten Blutungen aus diesen beiden erbsengroßen Wucherungen stammen.

Verf. gibt diesen Befund als Beweis dafür, daß es sich bei Blutungen jungfräulicher Individuen durchaus nicht immer um die sogenannte, meist diagnostizierte, Metritis virginalis handle.

Zeiss (Erfurt).

14) Bacou (Chicago). Die Massage der Brust während der Laktation.

(Sonderdruck 1902.)

Die Massage der Brust dient dazu — so ist die selbst in amerikanischen Lehrbüchern zu findende, allgemein verbreitete irrtümliche Meinung —, die Milchgänge zu entleeren, ebenso wie man annimmt, daß die schmerzhafte Schwellung der Brüste durch Ansammlung von Milch in den Milchgängen und durch die Retention in diesen hervorgerufen werde. Es kann jedoch keinem Zweifel unterworfen sein, daß die Milchdrüse sich in ihren Funktionen ebenso verhält, wie alle anderen Drüsen des menschlichen Körpers, d. h. daß Milch erst in dem Augenblicke von den hierzu vorbereiteten Zellen sezerniert wird, wenn der für diesen Vorgang adäquate Reiz einsetzt. Die Beschwerden in der Brust rühren von venöser und lymphatischer Stauung her. Gemäß der anatomischen Anordnung der Blut- und Lymphgefäße der Brust, sowie nach den allgemeinen Grundsätzen der Massage ist es deshalb falsch, wenn, wie allgemein üblich, von der Basis nach der Brustwarze zu massiert wird. Man hat vielmehr mit der Massage zuerst in der Axillar- und Infraclaviculargegend einzusetzen, sodann sucht man sich unter die Brust hineinzuarbeiten, anstatt die Brust selbst zu massieren. In den Fällen, wo dies letztere nötig ist, werden mehr am äußeren Rande der Brust die einzelnen Lobuli mit den Fingern umstrichen, von der Warze hält man sich fern.

G. Frickhinger (München).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 20. Sonnabend, den 16. Mai. 1903.

Gustav v. Veit †.

Neunundsiebzig Jahre alt starb am 20. April zu Deyelsdorf in Pommern Gustav v. Veit. Er war geboren 1824 zu Leobschütz, studierte in Breslau, Berlin, Heidelberg und Halle. Hier wurde er Assistent von Hohl, der damals auf der Höhe seines Ruhmes stand und der bedeutendste Lehrer der Geburtshilfe, eine Reihe später hochberühmter Schüler erzog. Danach ging Veit nach Berlin und habilitierte sich daselbst als Schüler von Busch für das Fach der Geburtshilfe. Schon 1854 wurde Veit Professor und Direktor der geburtshilflichen Klinik in Rostock. Nach 10 Jahren erhielt Veit einen Ruf an die rheinische Hochschule als Nachfolger Kilian's.

Sein Name ist mit der Entwicklung der Geburtshilfe in der letzten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts eng verknüpft. Die Methode der Extraktion des nachfolgenden Kopfes heißt noch heute allgemein der »Veit'sche« Handgriff. Man kann wohl behaupten, daß es sein Verdienst ist, einen Handgriff eingeführt zu haben, der allen älteren Handgriffen überlegen war und noch heute von allen Geburtshelfern bevorzugt wird. Ebenso ist seine Arbeit über die Extraktion der Frucht nach dem Modus der Selbstentwicklung, seine Lehre von der Retroflexio, der Zwillingsgeburt etc. allgemein anerkannt. Auch die Morphiumbehandlung der Eklampsie ist, wenn

auch heute von vielen Autoren bekämpft, doch als ein bedeutender Fortschritt aufzufassen.

Veit's Hauptwerk sind die Krankheiten der weiblichen Sexualorgane und Puerperalkrankheiten, ein Werk, das seinerzeit eine Etappe bildete. Es zeigte in ausgezeichneter, klarer Weise den damaligen Stand der Gynäkologie. Ein großes Verdienst Veit's war es, daß er in der Lehre der Puerperalkrankheiten sich auf den damals noch viel bestrittenen Standpunkt von Semmelweiß stellte. Will man sich darüber informieren, wie es in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts in der Gynäkologie aussah, so gibt es kein besseres Buch als das Veit'sche.

Als Lehrer in der Klinik verstand es Veit, das Interesse der Zuhörer durch seinen anziehenden geistreichen Vortrag zu fesseln. Seine Vorlesungen über gerichtliche Medizin sind noch heute in der Erinnerung seiner Schüler.

Jahrzehntelang war Veit im Westen von Deutschland der gesuchteste und berühmteste Frauenarzt.

Kein kleines Verdienst war auch die Erbauung der Bonner Frauenklinik. Während vor 1870 in ganz Deutschland die geburtshilflichen Kliniken in Räumen untergebracht waren, die man heute für ganz unmöglich halten würde, gelang es Veit, die Erbauung einer Klinik durchzusetzen, die damals ohne Zweifel die beste in Deutschland war. Sie wurde das Muster aller ähnlichen Anstalten, die in den späteren Jahrzehnten in Preußen in rascher Folge errichtet sind. Niemals wieder ist mit gleicher Opulenz eine Klinik erbaut. Fast jeder, der in der Lage war, bei der Erbauung eines Krankenhauses mitzuwirken, fand die besten Anregungen in dieser nach Veit's Wünschen und Angaben erbauten Klinik.

Im Jahre 1893 bei voller Geistesfrische legte Veit sein Amt nieder. Es war ihm vergönnt, noch fast zehn Jahre im Kreise seiner Angehörigen die wohlverdiente Ruhe zu genießen. Mit ihm starb der bedeutendste Geburtshelfer des neunzehnten Jahrhunderts!

Inhalt.

Tagesordnung
für den
vom 2. bis 6. Juni in Würzburg stattfindenden
X. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Dienstag, den 2. Juni, Nachmittags: Vorstands-Sitzung (die Zeit wird durch besondere Einladung den Mitgliedern bekannt gegeben).

Abends von 8 Uhr an Begrüßung der Mitglieder im Russischen Hof.

Mittwoch, den 3. Juni: ***Erster Sitzungstag.***

Vormittags 9—12½ Uhr: Eröffnung der Versammlung und Vorträge in dem Hörsaal der Kgl. Universitäts-Frauenklinik (Klinikgasse 8).

Referat über ***Anatomie und Therapie der Extra-uterin-Schwangerschaft.***

Nachmittags 2—4 Uhr: Vorträge; ebenda.

Abends 8 Uhr: Kellerfest auf dem Hofbräuhauskeller auf Einladung von der Stadt Würzburg.

Donnerstag, den 4. Juni: ***Zweiter Sitzungstag.***

Vormittags 8—9½ Uhr: Demonstrationen.

Vormittags 9½—12½ Uhr: Vorträge.

Referat über ***Prolapsoperationen.***

Nachmittags 2—4 Uhr: Vorträge.

Nachmittags 5 Uhr: Festessen im Platz'schen Garten mit nachfolgendem Konzert.

Freitag, den 5. Juni: ***Dritter Sitzungstag.***

Vormittags 8—9½ Uhr: Demonstrationen.

9½—1 Uhr: Vorträge.

Nachmittags 2½ Uhr: Gemeinsamer Ausflug mit Extrazug nach Kissingen auf Einladung des Kgl. Badekommissariats und des ärztlichen Bezirksvereins in Kissingen.

Sonnabend, den 6. Juni, Vormittags von 9 Uhr ab: eventuell Demonstrationen und Vorträge.

Die verehrlichen Mitglieder und Teilnehmer werden nochmals dringlich ersucht, sich behufs Besorgung einer Wohnung hier mit Herrn Privatdozenten Dr. Burckhard (Eichhornstraße 7) in Verbindung zu setzen und die ihnen mit den Referaten zugehenden persönlichen Mitgliedskarten bei dem Besuch der Versammlung und den sonstigen Veranstaltungen bei sich führen zu wollen.

Hofmeier.

Verzeichnis
der bisher angemeldeten Vorträge.

1. *Herr Hasslauer-Göggingen, Über das Hessing'sche Frauenkorsett.*
2. *Herr Baisch-Tübingen, Ätiologie und Prophylaxe der postoperativen Cystitis.*
3. *Herr Heinrich-Bremerhaven, Über die Behandlung der Endometritis.*
4. *Herr Winternitz-Tübingen, a) Zur Differentialdiagnose und Behandlung der Hämatokele nach Tubarabort.*
   b) Über plastische Hilfsmittel für den geburtshilflich-gynäkolog. Unterricht.
5. *Herr Fehling, Zum Geburtsmechanismus.*
6. *Herr Stoeckel-Bonn, Über Ureterimplantation in die Blase (mit cystoskopischen Demonstrationen operierter Fälle).*
7. *Herr Heinricius-Helsingfors, a) Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung des Streptokokkus pyogenes auf die Gebärmutterschleimhaut (mit Demonstration von Präparaten).*
   b) Über Endothelioma lymphaticum ovarii.
8. *Herr Theilhaber-München, a) Über chronische Metritis.*
   b) Die Ursachen der Blutungen bei Myomen.
9. *Herr Semon-Danzig, Erfahrungen mit der Anwendung des Skopolamin bei Narkosen.*
10. *Herr Wagner-Stuttgart, Kasuistische Beiträge zur interstitiellen Tubenschwangerschaft.*
11. *Herr Glockner-Leipzig, a) Über pseudopapilläre Ovarialkystome.*
    b) Über sekundäres Ovarialkarzinom.
12. *Herr Olshausen-Berlin, Zur Operation des Carcinoma uteri.*
13. *Herr Walthard-Bern, Über Kropf (Struma colloides cystica) im Ovarium.*
14. *Herr Krönig-Jena, Über Lachgas-Mischnarkosen.*
15. *Herr Döderlein-Tübingen, a) Über Entstehung und Verhütung des Puerperalfiebers.*
    b) Demonstrationen zur Prolapsoperation nach Freund-Wertheim.
16. *Herr Sellheim-Freiburg, Thema vorbehalten.*
17. *Herr Knapp-Prag, Zur Frage der forcierter Erweiterung des Muttermundes mittels Metalldilatatoren.*
18. *Herr H. Freund-Straßburg, Über vorgetäuschte Extra-uterin-Schwangerschaft.*
19. *Herr Opitz-Berlin, a) Zur Therapie der puerperalen Pyämie.*
    b) Über die Theorie der nasalen Dysmenorrhoe.
    c) Biochemische Untersuchungen des Blutes schwangerer Frauen.
20. *Herr Gottschalk-Berlin, a) Zur Operation der Cervixmyome.*
    b) Ein Fall von Myo-Perithelioma uteri malignum (mit Demonstration).
21. *Herr Eberhart-Köln, Hat die subperitoneale Ausspülung des Uterus überhaupt noch Werth?*
22. *Herr Schauta-Wien, a) Über die Operation schwerer Formen von Gebärmutter-Scheidenvorfall.*
    b) mit Hitschmann, Demonstration von gynäkologischen Unterrichtsmitteln

23. *Herr* Fueth-*Leipzig, a) Über die Ausbreitung der Eikapsel in der Tube.*
b) Demonstration von Plattenkulturen als Beitrag zur Händedesinfektion.
24. *Herr C. H.* Stratz-*Haag, Zur Diagnostik der Extra-uterin-Schwangerschaft.*
25. *Herr K.* Heil-*Darmstadt, Fall von Elephantiasis vulvae mit Demonstration.*
26. *Herr* Zangemeister-*Leipzig, a) Blut und Harn bei Eklamptischen.*
b) Demonstration eines Dammschutzphantoms.
27. *Herr* Sarwey-*Tübingen, a) Zur Therapie der Extra-uterin-Schwangerschaft.*
b) Demonstration zur Frage der Händedesinfektion.
28. *Herr* Nagel-*Berlin, a) Über einen seltenen Fall von einfächeriger Cyste des Paroophoron.*
b) Zur Entwicklung des Dammes.
29. *Herr* Winter-*Königsberg, Über Karzinomoperabilität.*
30. *Herr* Franz-*Halle, a) Über Einpflanzung des Ureters in die Blase.*
b) Demonstrationen.
31. *Herr* Asch-*Breslau, Sind Rezidive durch eine Methode der Prolapsoperation zu verhüten?*

Originalien.

I.

Zur Physiologie der Befruchtung, Parthenogenese und Entwicklung.

Vorläufige Mitteilung.

Von

A. Schücking in Pyrmont.

Die Untersuchungen, auf welche sich das nachstehende Selbstreferat bezieht, wurden in den Wintern 1901/2 und 1902/3 im physiologischen Institut der zoologischen Station zu Neapel angestellt. Wenn die Arbeit auch ausschließlich an Echinodermen (Asterias glacialis, Strongylocentrotus lividus und Arbacia pustulosa) ausgeführt wurde, so dürften die generellen Ergebnisse doch in den wichtigeren Punkten auch für die menschlichen Geschlechtszellen zutreffen.

Die wesentlichsten Resultate sind folgende:

1) Die sauer reagierende Eimasse übt eine tödliche, bei kurzer Dauer der Einwirkung lähmende, in geringeren Mengen agglutinierende bezw. erregende und anlockende Wirkung auf Spermien der eigenen und fremden Art aus.

2) Die Untersuchung des Extrakts der Ei- und Schleimhüllensubstanz ergab, daß die saure Reaktion von primärem Kalium- und Natriumphosphat herrührt. Im Rückstand des Dialysats bleibt die agglutinierende Substanz zurück. Außerdem wird aus dem Destillat eine flüchtige Säure gewonnen. Die aufgefundenen verschiedenen Flüssigkeiten entsprechen, wie experimentell nachgewiesen wurde, den festgestellten verschiedenen physiologischen Wirkungen der Eisubstanz auf die Spermien.

3) Es wurde nachgewiesen, daß die Vorbedingungen für die

Befruchtung, teils mechanischer, teils chemischer Art sind, und konnten die einzelnen Wirkungen näher analysirt werden.

4) Die Agglutination der Spermien kommt zustande durch das Zusammenwirken der an den Eiern befindlichen agglutinierenden und der am Sperma befindlichen agglutinierten Substanz.

Zum Zustandekommen der Agglutination ist eine gewisse Menge von NaCl erforderlich. Die Agglutination dauert nur eine beschränkte Zeit, da die Verbindung der agglutinierenden und agglutinierten Substanz sich im Wasser löst und nicht wieder ersetzt wird.

5) Der Samenkopf bohrt sich nicht in das Ei ein, wie bisher angenommen wurde, sondern wird von einem hyalinen Protoplasmazapfen umfaßt und in das Ei hineingezogen.

6) Bei der sogenannten Abhebung der Dotterhaut handelt es sich nicht um Neubildung einer äußeren Membran. Die Dotterhaut ist stets auch bei anscheinend homogener protoplasmatischer Masse vorhanden. Die Dotterhaut zeigt eine maschen- oder siebförmige Struktur und ist von feinsten Protoplasmafäden durchsetzt. Auch die einzelnen Blastomeren hängen durch feine Protoplasmafäden zusammen.

Bei der Befruchtung tritt eine interlamelläre Spaltung der Dotterhaut durch Wasseraufnahme ein. Die Vergrößerung durch Wasseraufnahme ist beträchtlich (nicht selten $^1/_3$ des Volumens).

7) Der Beginn der gesamten Entwicklung des reifen Eies wird durch Wasseraufnahme ausgelöst.

8) Die Spermatozoen zeigen bei den untersuchten Echinodermen, ebenso bei vielen anderen Arten, auch beim Menschen, in ihren sog. Perforatorien ein, in einzelnen Fällen auch mehrere Zentralkörperchen. Dies Zentralkörperchen scheint bei der Befruchtung die erste Verschmelzung des protoplasmatischen Anteils des Samenfadens mit dem Ei zu vermitteln. Schon die äußeren Formen der Spermien machen es unwahrscheinlich, daß dieselben für ein gewaltsames Eindringen bestimmt sind. Die direkten Beobachtungen zeigen dementsprechend, daß die Befruchtung ein Analogon der bei den Infusorien beobachteten Konjugation darstellt.

9) Die unter Wasseraufnahme eintretende interlamelläre Spaltung der Dotterhaut, die als Abhebung der Dotterhaut bezeichnet wird, soll bekanntlich das Ei gegen Polyspermie schützen. Sie tritt indes auch bei Polyspermie ein, wenn das Eiprotoplasma durch äußere Agentien geschädigt wurde.

10) Der Schwanzfaden der Spermien scheint nur dazu bestimmt zu sein, den Kopf an die Eiperipherie heranzubringen, die Protoplasmafäden des Eies durch die Bewegungen des Kopfes mechanisch zu reizen und dadurch die Verschmelzung einzuleiten. Die Befruchtung gelingt auch mit schwanzlosen Köpfen, falls diese mit den Eiern bei Schonung der Substanz derselben in innigen Kontakt gebracht werden. Auch Kreuzungsbefruchtungen, die auf andere Weise schwer hervorzurufen waren, gelang es durch diese Methode zu erzeugen.

11) Bei der von mir angewandten Methode der Intravitalfärbung[1] — Waschen der Methylenblaukörnchen und Zusetzen derselben bei niederer Temperatur und neutraler Reaktion — zeigt es sich, daß zunächst nur lebende Eier infolge einer in das Innere des Eies führende Strömung Farbstoff aufnehmen. Bei größerer Anhäufung von Farbstoff und steigender Temperatur kehrt der Färbungsprozeß um, und werden abgestorbene Teile stärker als lebende gefärbt.

12) Eier, die ich durch äußere Agentien gereizt hatte, leisteten den osmotischen Einflüssen Widerstand[2]. Dieser Widerstand ist ein Analogon zu dem von mir beobachteten gleichartigen Widerstand bei Aplysien nach Entfernung des Basalganglions.

In destillirtes Wasser gebracht blieben sie bis zu mehreren Minuten länger lebens- und befruchtungsfähig als die Kontrolleier.

Diese Beobachtung gab gleichzeitig mit der Beobachtung der Wasseraufnahme auch bei parthenogenetischer Entwicklung den Schlüssel zu dem Problem künstlicher Erzeugung parthenogenetischer Entwicklung.

13) Die verschiedenartigsten äußeren Reize (chemische, thermische, elektrische Lichtreize) können Parthenogenese hervorrufen. Dem Stadium des Reizes folgt ein Stadium der Erschlaffung, in welchem das die Entwicklung auslösende Wasser eintreten kann. Auch direkter Zusatz von Wasser derart, daß man die Eier 1 Minute in destillirtem Wasser quellen läßt, löst parthenogenetische Entwicklung aus.

14) Die besten Resultate erhielt ich durch Anwendung von Essigsäure, 1—2 Tropfen auf 200 g Seewasser bei 40 Minuten langer Einwirkung.

Auch $NaHCO_3$ bewirkte parthenogenetische Entwicklung.

15) Besonders interessant war die große Reizbarkeit und Wandelbarkeit der $NaHCO_3$-Larven, die einen neuen Beweis für die Isomerie der Blastomeren geben.

16) Wenn Eier, die 1 Minute in destilliertem Wasser gequollen waren, nach Zusatz von Seewasser befruchtet wurden, so schien außer dem Quellungswasser, auch noch bei der Befruchtung Wasser eingetreten zu sein.

Die Larven waren in diesem Falle bedeutend größer als normale Larven.

17) Die Gastrulation wird bei den untersuchten Eiern nicht durch Einstülpung, sondern durch Spaltung von Zellaggregaten bewirkt. Spaltung von Zellaggregaten und Rinnenbildung scheinen bei der Gastrulation der meisten Tierarten die wichtigsten Formen bestimmenden Vorgänge zu sein.

Die Bedeutung dieser Ergebnisse dürfte, ganz allgemein gefaßt,

---

[1] Schücking, Eine neue mikrochemische Bestimmung von Haloidsalzen. Zentralblatt für innere Medizin 1902. Nr. 4.

[2] Schücking, Über veränderliche osmotische Eigenschaften der Membranen von Seetieren. Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiol. Abt. 1902. Suppl.

darin liegen, daß hier die Vorgänge, die zur Vereinigung beider tierischer Geschlechtsprodukte mit nachfolgender typischer Kernverschmelzung, soweit sie kontrollierbar waren, auf eine Anzahl mechanischer und chemischer Wirkungen zurückgeführt werden konnten, sowie ferner, daß die auslösende Ursache der Entwicklung und die Unabhängigkeit der Entwicklung von der Befruchtung klargestellt wurde.

II.

Ein neues Pessarium zur Behandlung grofser inoperabler Genitalprolapse.

(Erwiderung auf Prof. Menge's Artikel in Nr. 15 d. Bl. 1903.)

Von

Dr. Wilhelm Rosenfeld in Wien.

In Nummer 15 dieses Zentralblattes gibt Prof. Menge ein neues Pessar zur Behandlung großer inoperabler Genitalprolapse an. Nachdem ich im Jahre 1901 an derselben Stelle und zu demselben Zwecke mein Zapfenpessar empfohlen habe und Prof. Menge in seinem Artikel auf dieses Pessar Bezug nimmt, fühle ich mich veranlaßt, zu seinen Ausführungen in einigen Punkten Stellung zu nehmen.

Prof. Menge sagt, Rosenfeld's Pessar, das er selbst »sehr wirksam« bezeichnet, veranlaßt gelegentlich Drucknekrosen in der Scheidenschleimhaut. Es wäre wohl wünschenswert gewesen, wenn Prof. Menge die Druckstellen genau angegeben hätte, denn es wäre wichtig zu wissen, ob der Ring oder der Zapfen den Druck erzeugt. Bisher habe ich selbst niemals Druck vom Zapfen gesehen, und Herr Dozent Latzko, an dessen gynäkologischer Abteilung im Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien mein Pessar seit seinem Erscheinen in ausgebreitetster Weise in Anwendung steht, versichert mir, vom Zapfen niemals eine Drucknekrose gesehen zu haben, aber auch im allgemeinen seien die Drucknekrosen von Pessaren seltener geworden, weil infolge Anwendung meines Pessars die Anwendung großer Ringe vollständig entfalle.

Prof. Menge hebt hervor, daß das Zwanck'sche Flügelpessar wegen seines scharfen Randes obsolet geworden sei, da dieses tiefe Drucknekrosen hervorgerufen habe. Das letztere ist wohl richtig, die Ursache liegt aber nicht in dem scharfen Rande, sondern darin, daß zwei Stellen der Vagina infolge der starken Querspannung der Vagina einem konstanten Druck ausgesetzt sind. Wenn dieser Rand noch so stumpf gemacht wird, so wird die Nekrose bei der notwendigen konstanten Spannung auf jeden Fall zustande kommen. Aber dieser Punkt hat Menge offenbar bewogen, statt der Schüssel meines Zapfen-

pessars, einen Meyer'schen Ring zur Konstruktion seines Pessars zu wählen, und ich will nun zur Besprechung seines Keulenpessars übergehen, von dem Prof. Menge selbst sagt, daß es am meisten meinem Pessar ähnelt, obwohl »wesentliche Differenzen« bestehen. An Stelle des Schüsselpessars tritt ein Meyer'scher Ring. Einen Vorteil gegenüber der Schüssel kann ich darin nicht erblicken. Für die Wahl des Schüsselpessars war für mich bestimmend, daß dieses in viel kleineren Nummern sich der Portio und dem Scheidengewölbe besser anpaßt, weniger leicht gleitet, ohne daß der Rand, obwohl er flach ist, eine größere Gefahr für eine Drucknekrose bildet als der Meyer'sche Ring. Außerdem ist man gezwungen, wie es ja Menge macht, bei einem Meyer'schen Ring zur Befestigung eines Stieles einen Querbügel zu nehmen, dessen Verbindung mit dem Ringe immer zu Sekretstauung führen muß, gewiß ein nicht geringer Nachteil. An Stelle des Zapfens nimmt Menge eine Keule, weil erstens bei dem dicken, abgerundeten Ende eine Drucknekrose nicht zu fürchten sei, zweitens der seitliche Ausschlag in der Vagina vermieden wird. Zum ersten Punkte habe ich schon erwähnt, daß der Zapfen meines Ringes, der natürlich auch abgerundet ist, nie eine Nekrose erzeugt, gerade weil er nie auf einem Punkte der Scheide konstant drückt, da ihm ein seitlicher Ausschlag möglich ist und er sich der jeweiligen Stellung der Vaginalwand anpaßt. Den Vorteil des Fehlens eines seitlichen Ausschlages sieht man ja bei dem von Menge angeführten Fall, indem seine Patientin mit seinem Keulenpessar nur dann urinieren konnte, wenn sie mit dem Finger die Keule tiefer in die Scheide drückte, eine wohl sehr unangenehme Nebenwirkung »des Fehlens eines seitlichen Ausschlages in der Vagina«, die sich bei Anwendung meines Pessars im selben Falle sicher vermeiden ließe. Und gewiß verdankt es die Patientin nur dieser peinlichen Manipulation, daß sich an der Stelle nicht schon eine Drucknekrose von der Keule gebildet hat. Was nun den Bajonettverschluß zwischen Stiel und Ring anlangt, so muß ich hervorheben, daß Prof. Menge offenbar übersehen hat, daß bei meinem vom Fabrikanten Leiter in Wien gearbeiteten Pessar Ring und Zapfen durch einen weiten Schraubengang miteinander verbunden sind, die Zapfen von verschiedener Länge auswechselbar sind, so daß man ebenfalls beide Teile getrennt einführen kann, worauf ich aber bei der Anwendung meiner verhältnismäßig kleinen Ringe gar kein Gewicht lege, denn bei Einführung der größten Nummer meines Pessars war die Belästigung der Patientin nicht größer, als bei Einführung jeder anderen gleich großen. Bei Menge's so großen Nummern mag der Verschluß gegenüber der Schraube sicher von Vorteil sein; im übrigen kann diese Änderung bei meinem Pessar anstandslos angebracht werden.

Ich möchte also bei Prof. Menge's Keulenpessar die Anwendung der Keule, die Anwendung des Meyer'schen Ringes als Nachteil bezeichnen, die Wahl des Bajonettverschlusses bei so großen Ringen

wohl als praktisch, bei den kleinen Ringen, die bei meinem Pessar in Anwendung kommen können, nicht als notwendig.

Menge's Pessarium schließt sich den von mir aufgestellten Prinzipien genau an, nur birgt sein Bau Nachteile, die meinem Zapfenpessar nicht anhaften.

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

1) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 27. Februar 1903.

Vorsitzender: Herr Schülein; Schriftführer: Herr Strassmann.

I. Diskussion über den Vortrag des Herrn Behm: Über Hyperemesis gravidarum.

Herr Opitz hält es für unzulässig, daß die Wirkung der Kochsalzeinläufe bei Hyperemesis lediglich als Entgiftung des Organismus angesehen werde. Zweifellos besteht die Möglichkeit, die Hyperemesis psychisch zu beeinflussen, und dies Moment kann bei den Kochsalzeinläufen mitgewirkt haben. O. hält die Hyperemesis für eine Reflexneurose, die aber nur dann zu anderer Erkrankung führt, wenn eine gewisse Prädisposition vorhanden ist. Die Prädisposition kann als eine nervöse Übererregbarkeit vorhanden sein oder durch eine Autointoxikation während der Gravidität erzeugt werden. Herr Behm ist den Beweis schuldig geblieben, daß diese Autointoxikation durch das Syncytium bewirkt würde, und ein solcher könnte nach den neueren serotherapeutischen Arbeiten erbracht werden. Vorläufig ist darüber also kein Urteil abzugeben, wenngleich die Möglichkeit einer Autointoxikation dieser Art nicht von der Hand zu weisen ist.

Herr Steffeck: Der Vorschlag des Herrn Behm, die Hyperemesis gravidarum mit Kochsalzeingießungen zu behandeln, ist schon mehrfach in der Literatur aufgetaucht. Ich selbst lasse daher schon seit 6 Jahren bei anhaltendem Erbrechen $2^1/_2$%ige Eingießungen machen, und zwar zweistündlich etwa $^1/_2$ Liter. Ich will hier nur erinnern an die Arbeiten von Davis und Dirmoser aus dem Jahre 1896 und von Graefe aus dem Jahre 1900, in denen jene Eingießungen empfohlen werden.

Was die Ätiologie der Hyperemesis betrifft, so will ich nur kurz bemerken, daß die Syncytiumtheorie ja zweifellos sehr modern ist, daß ich aber an dieselbe nicht zu glauben vermag. Wir müßten sonst z. B. annehmen, daß auch bei dem sofort nach der Konzeption auftretenden Erbrechen das Syncytium mit im Spiele ist. Und dies wiederum würde uns schließlich dazu führen, die Schwangerschaft als eine der schwersten Infektionskrankheiten anzusehen, gegen die man gar nicht genug prophylaktisch vorgehen könnte.

Herr R. Schaeffer: Die Hypothese des Herrn Behm, daß die Hyperemesis eine durch Aufnahme fötaler Stoffwechselprodukte bedingte Vergiftung sei, erscheint mir auch deshalb eine gewagte, weil wir keine Vergiftung kennen, deren einzigstes Symptom das Erbrechen ist. Bei der Hyperemesis gavidarum aber ist das Erbrechen einzig und allein das Krankheitssymptom. Auch die bisherige, nur ganz selten erfolglos bleibende Therapie spricht gegen Vergiftung. Ich habe seit Jahren das Orthoform (0,1—0,2 mehrmals täglich) verabreicht und recht gute Erfolge danach gesehen. Auch dies spricht gegen eine Vergiftung und für die alte Annahme einer erhöhten Reflextätigkeit. Klystiere sind gewiß gut; noch besser wirken sie, wenn hinterher Nährklystiere gegeben werden.

Herr Knorr: Die Annahme, daß es sich bei Hyperemesis um eine Autointoxikation handle, hat manches für sich, bedarf aber erst genauer Untersuchungen, bei denen ich vorschlagen möchte, die Kryoskopie in ähnlicher Weise heranzuziehen, wie es neuerdings bei der Eklampsieforschung geschieht.

Herr Csempin: Herr Behm ist auf einem, wenn auch noch bestrittenen Wege zu einer Hypothese über die Hyperemesis gekommen, die meine Sympathie hat. In der Geburtshilfe bestehen drei große Rätsel: eins derselben ist die Hyperemesis gravidarum; das zweite, ebenfalls ungelöste Rätsel ist die Frage des Eintritts der Geburt, und das dritte Rätsel ist die Frage nach den Ursachen der Eklampsie. Alle drei lassen sich in gewissem Sinne von einem Punkte angreifen, daß die Theorie der Autoinfektion des Organismus viel für sich hat, daß also die Schwangerschaft ein derartig intensiver chemischer Prozeß ist, daß er zur Intoxikation führen kann. In der kurzen Zeit von 40 Wochen baut der Fötus sich aus Nährstoffen der Mutter auf; er bedarf dazu eines enormen Zuflusses von Material, von Eiweißkörpern, die der regressiven Metamorphose der Eiweißstoffe unterliegen. Diese Stoffe erhält der Fötus von der Mutter, die von ihm reduzierten Stoffe müssen entweder in der Placenta festgehalten werden durch die elektive Fähigkeit der Placentarzellen oder sie unterliegen hier einer neuen chemischen Umwandlung und werden neu oxydiert dem Fötus auf demselben Wege wieder zugeführt und von neuem verwertet. Die Placenta würde dann nicht nur eine Art Durchgangsorgan, welches die Stoffe der Mutter zuführt, sondern sie würde dann ein Organ mit starker Tätigkeit der Placentarzellen sein. A priori ist anzunehmen, daß ein solch künstlich gebautes Organ, wie die Placenta, auch eine aktive Tätigkeit ausüben muß. Demgemäß hat C. folgende Hypothese sich zurechtgelegt:

Die Abbaustoffe des Fötus sind Gifte. Tatsächlich tritt, wenn der Embryo in dem mütterlichen Organismus wächst, auch eine Vergiftung des mütterlichen Organismus ein, indem die Placenta nicht schnell genug imstande ist, die Abbaustoffe des Fötus zu entgiften, und deshalb ist es auch erklärlich, daß unmittelbar nach der Befruchtung, nach dem Eintritt der Schwangerschaft und dem Wachstum des Embryo toxische Erscheinungen, wie Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel, bei der Mutter auftreten.

Zweifellos kann die Placenta durch ihre vitalen Zellen diese Giftstoffe binden, kann die Mutter, soweit die sich bildende Placenta sie noch nicht zurückhalten kann, sie durch Gegengifte paralysieren. Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft bildet sich diese Fähigkeit bei der Mutter wie auch in der Placenta in höherem Maße aus; dadurch hört das Erbrechen der Schwangeren in der Mitte der Schwangerschaft auf. Tritt eine Erschöpfung der Vitalität der Zellen der Placenta durch Überladung mit Giftstoffen auf, so tritt die Geburt ein, indem die Placenta die Giftstoffe dem mütterlichen Blut weniger entgiftet zuführt. Die Intoxikation der Mutter respektive der Placenta bringt als Reaktion eine intensive Wehentätigkeit hervor.

Für die Eklampsie besteht dieselbe Möglichkeit der Eklärung durch eine solche Intoxikation. Ebenso läßt sich die Syncytialhypothese, welche eine Intoxikation des mütterlichen Organismus darstellt, mit dieser Hypothese in Einklang bringen. Das ganze Verhalten der Syncytialzellen spricht dafür, nur muß man das nicht rein anatomisch, sondern physiologisch-chemisch auffassen.

Natürlich muß eine solche Hypothese auch bewiesen werden.

C. hat eine Reihe von Untersuchungen ohne Resultat gemacht. Der Nachweis der Giftstoffe müßte bei der chemischen Untersuchung der Placenta erbracht werden. Er selbst hat gefunden, daß die Placenta in ihrem Gehalt an wichtigen Elementen den großen drüsigen Organen des Körpers entspricht; ihr Stickstoffgehalt von 14—16% entspricht dem der Niere und der Leber.

Die erwähnte Hypothese ist nicht neueren Datums. Schon im Jahre 1893 hat C. sie im physiologischen Institut in Berlin, sowie vor 2 Jahren auf dem Kongreß zu Gießen vorgetragen. Ein ausführlicher Bericht ist im Zentralblatt für Gynäkologie 1901 Nr. 29 erschienen.

Herr Olshausen hält das physiologische Erbrechen Schwangerer für rein reflektorisch und die Hyperemesis für eine bloße Reflexneurose bei gesteigerter Reflexerregbarkeit. Darum hat das Bromkali, im Klysma angewandt, 4,0 pro die, bei gleichzeitiger Bettlagerung einen so vorzüglichen, fast nie ausbleibenden Er-

*

folg. Mit Hysterie hat die Hyperemesis nichts zu tun. Die Annahme einer Intoxikation ist absolut unerwiesen und unwahrscheinlich.

Herr P. Strassmann hat noch keine Gelegenheit gehabt, wegen Hyperemesis die Schwangerschaft zu unterbrechen. Er ist mit den gebräuchlichen Mitteln ausgekommen. Die Fälle, wo eine Unterbrechung notwendig ist, sind jedenfalls sehr selten. Dies verdiente in den Lehrbüchern möglichst hervorgehoben zu werden. Die Empfehlung der verschiedensten Mittel spricht gegen ein bestimmtes Gift, das neutralisiert wird.

Dem Arzt werden oft aus anderen Gründen die Beschwerden übertrieben. Mit der Aufnahme in die Klinik und geeignete Diätetik lassen sich auch schwere Fälle heilen.

Für die »Intoxikations«-Theorie fehlen doch bisher genügend greifbare Anhaltspunkte. Gewisse Veränderungen muß natürlich die Schwangerschaft herbeiführen. Die Liepmann'schen Arbeiten werden ja durch die Reaktion des Serum mit Placenta injizierter Tiere erkennen lassen, ob wirklich eine Aufnahme spezifischer Schwangerschaftselemente in das Blut der Mutter stattfindet. Histologisch spricht alles dafür, daß dies in der ersten Hälfte der Schwangerschaft weniger der Fall ist, als in der zweiten.

Erbrechen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft spricht für drohende Eklampsie und hat nichts mit dem in der ersten Zeit zu tun.

Die Autointoxikationstheorie wird zu weit ausgedehnt. Daß eine solche chemische Wirkung, von den Placentarzellen ausgehend, die Geburt hervorruft, hält S. für unbewiesen.

S. erwähnt die Notiz von Shaw, daß bei Placenta praevia kein Erbrechen wegen Auflockerung der Fasern im unteren Segment stattfinden soll, hat aber keine Beobachtungen darüber gemacht.

Sehr wichtig ist die Beobachtung des Gewichts bei Hyperemesis, die statt Abnahme sogar Zunahme noch aufweisen kann. S. wünscht, daß in dieser Beziehung recht genaue Krankengeschichten von den Praktikern geführt werden.

Herr Gottschalk bemerkt Herrn Strassmann gegenüber, daß er (G.) auch in Fällen von Placenta praevia centralis wiederholt starkes Schwangerschaftserbrechen beobachtet habe, und daß die Ansicht des Herrn Strassmann, wonach das Syncytium in der zweiten Schwangerschaftshälfte aus der Placenta verschwinden solle, eine irrige sei.

Die Theorie des Herrn Behm sei sehr bestechend und möge für einzelne schwere Fälle von Schwangerschaftserbrechen zu Recht bestehen, nicht aber allgemein. Dagegen spräche das Fehlen der Albuminurie selbst bei sehr bedrohlichem Schwangerschaftserbrechen; angesichts der bekannten großen Empfindlichkeit der Nierenepithelien der Schwangeren würden die Nieren gewiß mit Eiweißausscheidung reagieren, falls eine syncytiale Intoxikation zu Grunde läge. Auch vom Standpunkte des ärztlichen Praktikers aus könne G. an der Hand persönlicher Erfahrung einer einheitlichen Entstehung und Deutung des Schwangerschaftserbrechens nicht das Wort reden.

Eine Gruppe der hierhergehörigen Fälle — sie betreffen vor allem blutarme Schwangere, sowie jene, bei denen das Erbrechen ausschließlich morgens gleich nach dem Verlassen des Bettes auftritt — finde die einfache ursächliche Erklärung in temporärer ungenügender Blutversorgung des Gehirns; sie werde durch die Entwicklung des Placentarkreislaufes angebahnt und bedingt.

Für diese Fälle sei es ganz bezeichnend, daß im Liegen das Erbrechen nie auftrete.

Bei einer zweiten Gruppe sei die Prädisposition zu dem Erbrechen in der gesteigerten Reflexerregbarkeit bei Schwangeren zu suchen, das auslösende Moment seien meist insensible, aber auch empfundene Uteruskontraktionen. Die leichte Kontraktilität sei ja ein besonderes Merkmal des schwangeren Uterus. G. belegt mit Erfahrungen aus der Praxis die Tatsache, daß rein reflektorisch durch Uteruskontraktionen selbst sehr hartnäckiges Erbrechen hervorgerufen werden könne, in erster Reihe bei Schwangeren, dann aber

auch bei Nichtschwangeren. Dahin gehöre das Erbrechen bei Dysmenorrhoe. Auch erwähnt G. 2 Fälle, in welchen ein entzündlich vergrößertes bezw. ein zur orangegroßen Cyste entartetes Ovarium, infolge allseitiger Verwachsungen mit dem Darme rein reflektorisch ein sehr hartnäckiges Erbrechen bewirkt hatte, welches in beiden Fällen nur durch die Wegnahme des betreffenden erkrankten Ovarium dauernd beseitigt werden konnte.

Es erhelle aus den angeführten Tatsachen, daß der individualisierenden Richtung bezüglich der ursächlichen Erforschung des Schwangerschaftserbrechens mehr Beachtung geschenkt werden müßte. Dann würde sich ergeben, daß eine einheitliche Deutung des Wesens dieser Schwangerschaftsstörung nicht angängig sei.

Herr Czempin hat ein einziges Mal wegen unstillbaren Erbrechens den künstlichen Abort ausgeführt. Es handelte sich um eine IIIpara, die im 3. Monat der Schwangerschaft unter seiner Beobachtung in 4 Wochen 26 Pfund verlor.

Den Ausführungen des Herrn Olshausen gegenüber betont C., daß er durch seine Hypothese gerade zur intensiven Arbeit anregen will.

Herr Behm (Schlußwort) weist darauf hin, daß er zu seiner Intoxikationstheorie nicht nur durch die günstige Wirkung der rektalen Kochsalzinfusionen, bei denen er jede Suggestionswirkung ausschließen zu können glaubte, gekommen sei, sondern auch durch die andere Tatsache der Therapie, daß mit Entleerung des Uterus das Erbrechen in der Regel sofort aufhöre. Besonders scheint ihm der Pick'sche Fall Nr. XII von inkomplettem Abort in dieser Beziehung beweisend, bei dem das Erbrechen solange fortbestand, bis noch einige Placentarstückchen und Deciduafetzen entfernt waren. Er zieht daraus den Schluß, daß die Ursache des »übermäßigen Erbrechens der Schwangeren« von der Eiperipherie ausgehen muß, wofür auch die durch C. Ruge, R. Meyer, Gottschalk, Veit und Poten festgestellte Tatsache spricht, daß sehr häufig Zottenteile, besonders Syncytium in das mütterliche Blut übergehen und zu einer Intoxikation führen können.

Im übrigen glaubt B. sich mit seiner Theorie nicht in Widerspruch mit der Anschauung anderer Autoren setzen zu müssen. Er läßt alle sonst angeführten ätiologischen Momente zu Recht bestehen, sieht sie aber nur als accidentelle (auslösende oder verschlimmernde) Ursachen an, während das eigentliche Grundleiden, welches die Intensität des Erbrechens, mit anderen Worten die leichtere Erregbarkeit des Brechzentrums in der Schwangerschaft im Gegensatz zu außerhalb derselben erklärt, die von der Eiperipherie ausgehende Intoxikation des mütterlichen Blutes ist. Mit dieser Annahme läßt sich auch die augenblicklich noch die meisten Anhänger zählende Auffassung der Hyperemesis gravidarum als Reflexneurose sehr gut vereinigen, indem wieder die zur Erklärung der Neurose nötige, durch die Schwangerschaft erhöhte Irritabilität des Nervensystems in einer Intoxikation und dadurch bedingte Schädigung der Nerven und namentlich des Brechzentrums am besten ihre Erklärung findet.

Doch werden theoretische Erörterungen hier nicht zum Ziel führen, B. nimmt deshalb auch von einem näheren Eingehen auf die einzelnen Entgegnungen Abstand und verweist vielmehr auf genaue Blutuntersuchungen besonders nach dem Verfahren von Liepmann (Halle), welches wieder auf Versuchen von Ehrlich, Wassermann u. a. basiert, um so den Beweis zu erbringen, wie weit es berechtigt ist, eine Intoxikation als das eigentliche Wesen, das Grundleiden der Hyperemesis gravidarum anzunehmen.

Zuletzt hebt B. noch hervor, daß wenn wider Erwarten einmal seine Therapie im Stiche lassen sollte und als ultimum refugium die Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage käme, man damit nicht zu lange warten soll, bis eine irreperable Schädigung der Körperzellen eingetreten ist, sondern daß dann die Indikation dazu gegeben sei, wenn eine dauernde Erhöhung des Pulses über 100 in der Minute und eine bedeutende Gewichtsabnahme stattgefunden hat.

II. Herr Hantke hält den angekündigten Vortrag: Über die Vaporisation.

Die von ihm beobachteten Fälle entstammen der Privatanstalt des Herrn Dr. Czempin. Zuerst wird die Technik des Verfahrens besprochen. Der Dampf des auf 100° erhitzten Wassers wird mit Hilfe des Fritsch-Bozemann'schen Katheters in den Uterus geleitet. Auf guten Abfluß des Dampfes wird Wert gelegt. Als Cervixschutz benutzt er ein Gummirohr. Vor der Vaporisation wird der Cervicalkanal dilatiert, um den Katheter gut einführen und den Uterus event. austasten zu können (submuköse Myome!). Die Dilatation wird mit Hegar'schen Stiften vorgenommen. Sehr wichtig ist im Anschluß hieran die Abrasio. Die Schleimhaut muß stets mikroskopisch untersucht werden, um einer event. Verschleierung der Malignität vorzubeugen. Namentlich bei Frauen im klimakterischen Alter ist die Abrasio unerläßlich. Außerdem muß curettiert werden, um eine entsprechende Tiefenwirkung erzielen zu können, die natürlich eine andere ist, je nachdem zuerst die Mucosa oder die Muscularis vom Dampf betroffen wird. Die Scheide wird mit einem Holzspekulum, die Portio mit feuchten Tupfern geschützt. Dilatation, Abrasio und Vaporisation werden stets in einer Sitzung vorgenommen. Operiert wird meist in Narkose, bei schweren Anämien und Herzfehlern kommt man gut ohne sie aus. Die Dampfverbrühung selbst ist schmerzlos, nur die Dilatation des Cervicalkanales wird von den Pat. empfunden.

Vortr. spricht dann über die Möglichkeit der Dosierung der Dampfeinwirkung. Seine Erfahrung und die in der Literatur niedergelegten Fälle zeigen ihm, daß eine exakte Dosierung nicht möglich ist, da man mit zu viel unbekannten Größen — Temperatur, die im Uterus zum Ausdruck kommt, Größe des Uteruscavum, Dicke und Kontraktilität der Uteruswandung — zu rechnen hat. Infolgedessen soll man das Verfahren im zeugungsfähigen Alter nicht anwenden. In der Czempin'schen Klinik wird nur vaporisiert in Fällen, in denen eine Verödung der Uterusschleimhaut beabsichtigt ist. Am meisten wird daher die Methode angewandt bei klimakterischen Blutungen und bei Blutungen bei starker Endometritis im klimakterischen Alter. Zuerst wurde in 9 Fällen 2 Minuten lang vaporisiert. Da der Erfolg nicht für alle Fälle der gleiche war, wurde in 8 Fällen $2^1/_2$ Minuten vaporisiert, ebenfalls mit wechselndem Erfolg, schließlich in 13 Fällen 3 Minuten lang. Von diesen scheiden 3 Fälle aus, da sie erst kurze Zeit in der Beobachtung sind. In 9 Fällen konnte die gewünschte Wirkung beobachtet werden. In einem Falle blieb jeder Erfolg aus. Bei unstillbaren Blutungen nach doppelseitiger Adnexoperation wurde in 2 Fällen 2 Minuten lang mit Erfolg vaporisiert.

Myomblutungen: Submuköse Myome sind auszuschließen wegen Gefahr event. Gangrän und weil der Dampf bei der starken Ausbuchtung des Cavum uteri nicht überall eindringen kann.

Interstitielle Myome dürfen nur vaporisiert werden, wenn sie nicht in das Uteruscavum hineinragen; ein Fall wurde mit 3 Minuten langer Dampfverbrühung behandelt. Es trat für 15 Monate Amenorrhoe ein. Dann eine einmalige starke Blutung. Seitdem keine Blutung mehr.

Subseröse Myome: In einem Falle wirkte die 3 Minuten lange Vaporisation bei einer ausgebluteten Pat. geradezu lebensrettend. Pat. ist seit $^1/_2$ Jahre amenorrhoisch. In 4 Fällen, in denen nur $2^1/_2$ Minuten lang vaporisiert wurde, war kein resp. nur geringer Erfolg zu verzeichnen.

Man darf nur dann bei Myomblutungen vaporisieren, wenn im Interesse der Pat. eine radikale Operation nicht mehr möglich ist. Vorbedingung ist, daß die Uterushöhle nicht oder doch nur sehr wenig verzerrt ist, und daß keine Myomknoten in dieselbe hineinragen.

Kastration: Ein Fall von schwerem Herzfehler. 4 Partus mit schweren Kompensationsstörungen und ein künstlicher Abort aus demselben Grunde waren vorausgegangen. 3 Minuten lange Vaporisation. Seitdem ($1^1/_2$ Jahr) vollkommenes Cessieren der Menses. Inoperables Karzinom: Anwendung des Dampfes nicht angängig, da anscheinend schneller Zerfall des Gewebes eintritt. Blutungen

bei chronischer Pelveoperitonitis: Es handelt sich um einen therapeutischen Versuch, der noch nicht abgeschlossen ist.

Man soll im allgemeinen nur operieren, wenn die Adnexe frei sind.

Vortr. bespricht dann noch kurz die von anderer Seite aufgestellten Indikationen, über die ihm eigene Beobachtungen fehlen: Hämophilie, Uterusgonorrhoe, puerperale Erkrankungen und Abortbehandlung. Er erkennt von diesen nur die Hämophilie an.

Der klinische Verlauf ist folgender. Vom 4. Tage an tritt starker Ausfluß auf. 3—4 Wochen p. op. eine einmalige starke Blutung mit Abgang von Schorfstücken. Von der 4.—6. Woche methodische Sondierung des Cervicalkanales. Stenosen des letzteren hat Vortr. nie beobachtet, sondern nur hin und wieder leichte Verklebungen. Unter 70 Fällen trat einmal nach 3 Minuten langer Vaporisation eine Pyometra auf, die auf Sondieren prompt zurückging. In 5 Fällen einmalige Temperaturen am zweiten Abend bis 38°. Zweimal wurden Venenthrombosen beobachtet bei Frauen, die schon früher an Venenentzündung gelitten hatten. Exitus letalis, Exsudate kamen nicht zur Wahrnehmung.

Die Diskussion wird vertagt.

Sitzung vom 13. März 1903.

Vorsitzender: Herr Schülein; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Demonstrationen.

1) Herr Olshausen zeigt eine extra-uterine Frucht, welche, nachdem sie ein Alter von 7 Monaten erreicht hatte, abgestorben war und dann bis zur Operation noch 12 Monate getragen war. Ohne die sehr präzise und charakteristische Anamnese hätte man die Frucht für ein Myom genommen. Die Frucht war ohne Fruchtsack und lag frei in der Bauchhöhle, mit dem Fundus uteri ohne erkennbare Grenze verbunden. Die Trennung mit dem Messer erfolgte im Fundus uteri, wobei die Höhle des Uterus eröffnet wurde. Sonst bestanden nur einige Netzadhäsionen. Die Operation war einfach und unblutig. Tuben und Ovarien waren beiderseits normal. — Es kann in Frage kommen, ob es sich nicht um eine sekundäre Bauchschwangerschaft nach Ruptura uteri in der Schwangerschaft gehandelt hat, was sich erst aus der genaueren anatomischen Untersuchung entscheiden lassen wird.

2) Herr Mainzer demonstriert ein Präparat von interstitieller Gravidität, das er nachts zuvor durch Laparotomie gewonnen hatte. Die linke Uterusecke war halbkuglig vorgetrieben und einer makroskopisch kaum sichtbaren Stelle rupturiert. Das Abdomen war voll Blut, beide Adnexe völlig normal, ein Corpus luteum im linken Ovarium. Exzision der Fundusecke und Vernähung des Uterus. Bei der Pat. war vom Vortr. 31 Tage zuvor eine intra-uterine Gravidität durch Ausräumung des Aborts behandelt und dabei ein intaktes Ovum von etwa vierwöchentlichem Alter gewonnen worden. Anamnese sowie anatomischer Befund spricht mit größter Wahrscheinlichkeit dafür, daß es sich um gleichzeitige intrauterine und interstitielle Gravidität gehandelt hat.

M. demonstriert im Anschluß daran ein neues Instrument zum Fassen und Emporziehen des Corpus uteri bei Laparotomie. Dasselbe ist nach Analogie der gefensterten Collin'schen Zungenzangen konstruiert, macht den Uterus selbst blutleer und hinterläßt nach dem Abnehmen keinerlei Verletzungen oder sonstige Spuren am Uterus.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Hantke: »Über Vaporisation«.

Herr Bröse hält die Vaporisation doch nicht für so ungefährlich wie es die eifrigen Anhänger derselben tun. Außer den in der Literatur veröffentlichten Fällen von Todesfällen nach der Vaporisation kennt er auch noch einen durch die Mitteilung eines Kollegen. Trotzdem will er die Vaporisation nicht vollkommen verwerfen. Denn es gibt Fälle von Uterusblutungen, die mittels den üblichen

chirurgischen und inneren Behandlungsmethoden nicht zu beseitigen sind und bei denen die Uterusexstirpation bisher allein dann in Betracht kam.

Um die Gefahren der Vaporisation zu verringern, die ja hauptsächlich in der zu starken Verbrühung, nachfolgenden Gangrän der Uteruswand und Perforationsperitonitis, sowie in der Verbrühung der Cervixschleimhaut mit nachfolgender Atresie bestehen, ist das von Dührssen angegebene Instrument für den Schutz der Cervix den bisher üblichen vorzuziehen. Die Vaporisation darf nur nach Dilatation des Uterus und Austastung desselben, sowie bei genügend dicker Muskulatur, niemals bei atrophischem Uterus vorgenommen werden. Indiziert ist die Vaporisation nur bei klimakterischen Blutungen, welche jeder anderen Therapie Trotz geboten haben, als Ersatz für die Uterusexstirpation, sowie bei Frauen, die an Hämophilie leiden. Bei jugendlichen Individuen im gebärfähigen Alter ist die Vaporisation zu verwerfen. In den 6 Fällen von Blutungen im klimakterischen Alter, die B. mit der Vaporisation behandelt hat, war der Erfolg gut.

Herr Mackenrodt hält die Vaporisation für ein prinzipiell verkehrtes und nicht indiziertes Mittel zur Bekämpfung der Blutungen. Bei nicht genügender Verödung der Schleimhaut rezidivieren die Blutungen; bei erfolgreicher Verödung ist die Gefahr der Strikturbildung im Uterus und der Hämatometra. Außerdem besteht die Gefahr der Uterusnekrose und des septischen Todes. Im Klimakterium können maligne Erkrankungen übersehen werden. Bei der Arteriosklerose des Uterus, bei welcher die Krankheitssymptome nicht allein von den Blutungen herrühren, ist das Mittel ebenfalls von zweifelhaftem Werte. Wenn man bedenkt, daß zum Zweck der Vaporisation Dilatation des Uterus, Auskratzung nötig sind, so werden wir sicherer, ungefährlicher durch zweckmäßiges Operieren mit der Blutung fertig, wenn wir einmal schon beim Operieren sind. Zur Nachätzung gibt es bessere Mittel als den überhitzten Dampf mit seiner unsicheren Wirkung. Da auch bei Myomen und Adnexerkrankungen die Vaporisation zur Beseitigung der uterinen Blutungen widersinnig ist, so kenne ich keine Indikation hierfür. Den Begriff der Hämophilie erkenne ich nicht an. Ich finde keinen Beweis für diese mystische Bezeichnung eines interkurrenten Bluterzustandes, welcher mir eine Infektion ähnlich dem Skorbut ist.

Herr Czempin sieht in der Vaporisation eine Operation, welche am besten in den Händen der Spezialisten für Gynäkologie bleibt. Sowohl die Indikationsstellung, wie Ausführung und Nachbehandlung verlangen eine strenge Sorgfalt. Daß submuköse Myome oder gar Blutungen bei Erkrankungen der Adnexe absolute Kontraindikationen bilden, bedarf kaum der Erwähnung, ebenso daß eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung der vor der Operation entfernten Uterusschleimhaut über eine etwa vorhandene maligne Neubildung in der Uterushöhle Gewißheit verschaffen muß. C. spricht sich gegen die Anwendung der Vaporisation wegen Blutung und Ausfluß bei Frauen im geschlechtsreifen Alter aus, deren Konzeptionsfähigkeit erhalten bleiben soll. In solchen Fällen ist die Vaporisation ein Eingriff, dem mit Recht eine gewisse Unübersichtlichkeit, eine unsichere Dosierung nachgesagt wird. Indiziert ist sie dagegen da, wo die Verödung der Schleimhaut und das eventuelle Aufhören der Menstruation erwünscht, strikt indiziert oder gleichgültig ist. Demnach vaporisiert C. in allen Fällen von atypischen und unstillbaren Blutungen im Klimakterium, Atheromatose der Uterusgefäße, Endometritis hyperplastica u. a. Wichtig ist gerade im Gegensatze zu der Ansicht des Herrn Bröse, daß man nicht das Dührssen'sche Instrument, sondern den von C. hierfür aptierten Fritsch-Bozeman'schen Katheter anwendet, der eine Ausflußöffnung für den Dampf besitzt und dadurch das regelmäßige und gleichmäßige Durchströmen der ganzen Höhle mit Dampf gewährleistet. Ferner ist von größter Bedeutung die am Ende der 3. Woche nach der Operation vorzunehmende Nachbehandlung, die in methodischer Sondierung der Uterushöhle besteht. Dadurch erzielt man eine Verödung des Uterus mit Erhaltung der Uterushöhle.

Die Ansicht von Herrn Mackenrodt, daß man nur das Symptom, die Blutungen bekämpft, die Hypertrophie des Organs aber bestehen bleibt, ist irrig und

theoretisch konstruiert. Tatsächlich schrumpft der chronisch hyperplastische Uterus nach der Verödung der Schleimhaut auf eine Sondenlänge von 4—6 cm zusammen und gleicht in kurzer Zeit einem senil atrophischen Organe.

Herr Bröse bemerkt noch, daß man das Dührssen'sche Instrument, nachdem man es bis in die Nähe des Fundus uteri eingeführt hat, während der Vaporisation langsam zurückziehen muß, damit man die ganze Uterushöhle möglichst gleichmäßig verbrüht. Natürlich muß vor der Vaporisation eine genaue mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut vorgenommen werden, um nicht eine etwaige maligne Degeneration zu übersehen.

Daran, daß es Frauen gibt, welche an Hämophilie leiden und infolgedessen an uterinen Blutungen zugrunde gehen können, darf nicht gezweifelt werden.

Herr Mackenrodt: Daß es Fälle gibt, die sich aus dem Uterus zu Tode bluten, bestreitet M. nicht; aber daß hier Hämophilie zugrunde liege, kann M. nicht zugeben. Vielmehr liegt wohl immer eine bestimmte, anatomisch und klinisch begreifliche Ursache vor. Es spricht nichts für die Annahme der mystischen Hämophilie.

Herrn Olshausen ist die Vaporisation nicht sympathisch, weil sich der Grad der Wirkung gar nicht bemessen läßt. Doch glaubt er, daß man in einzelnen Fällen von Frauen im klimakterischen Alter die Vaporisation anwenden darf, wenn jede andere Therapie gegen die Blutungen erfolglos war und die mikroskopische Untersuchung des Curettierten nichts Malignes ergeben hatte.

Herr Koblanck legt auch das Hauptgewicht vor der Behandlung der Blutungen auf das Erkennen der Ursachen, er erinnert an seinen früheren Vortrag, in dem er ausführte, daß es oft gelingt, lediglich durch Abstellen der Ursachen, die Blutungen zum Stehen zu bringen. — K. läßt als einzige Indikation für die Vaporisation die Hämophilie gelten, doch erinnert er sich nicht, einen solchen Fall gesehen zu haben.

Herr Gottschalk berichtet von einem Falle von Hämophilie mit sehr profusen Gebärmutterblutungen, welcher eine 10jährige Russin betraf und G. durch Herrn Geh.-Rat Prof. v. Leyden zugewiesen war. Für solche Fälle sei gewiß die Vaporisation eines der besten Verfahren.

Sonst aber stehe G. der Vaporisation sehr abwartend gegenüber, weil die Tragweite ihrer Einwirkung nicht sicher zu beurteilen sei. Vor ihrer Anwendung bei Myomblutungen habe G. schon vor Jahren Dührssen gegenüber gewarnt in der Berliner med. Gesellschaft (30. März 1898); die Erfahrungen, welche seitdem in der Literatur niedergelegt wurden, rechtfertigten diese Warnung.

Wenn man lese, daß junge Mädchen durch die Vaporisation amenorrhoisch geworden seien, oder junge Frauen gar infolge einer konsekutiven Hämatometra den Uterus verlieren mußten, so bewahrheite sich die Vaporisation als ein so zweischneidiges Mittel, daß ihre Anwendung im äußersten Grade beschränkt werden müsse.

Herr Mackenrodt richtet ebenfalls an Gottschalk die Frage, wodurch er seine Diagnose auf Hämophilie begründen will. M. sah derartige Fälle, wie ihn hier Gottschalk erwähnt, unter infektiösen Erscheinungen zugrunde gehen. Es wäre interessant, über das Schicksal und die Krankheit der Russin etwas Positives zu erfahren.

Herr Mainzer hat bei vier exstirpierten und früher mit Vaporisation oder unverdünnten Formalinätzungen behandelten Uteris ganz auffällige Metaplasie des Cylinderepithels in geschichtetes Plattenepithel gesehen. In zweien dieser Fälle hatte die Metaplasie äußerst karzinomverdächtigen Charakter. M. hegt daher die Befürchtung, daß die im Uterus gesetzten ausgedehnten Brandwunden und grobe chemische Insulte des Gewebes Disposition zu maligner Erkrankung schaffen könnten.

Herr Gottschalk betont Herrn Koblanck und Herrn Mackenrodt gegenüber, daß in dem erwähnten Falle von Hämophilie die Diagnose auch durch das hereditäre Moment, sowie durch Blutungen unter die Haut seit dem 5. Lebensjahre gestützt werde. An der Richtigkeit der Diagnose sei nicht zu zweifeln.

Herr Opitz erwähnt einen Fall von Hämophilie, den er beobachtet hat, bei dem seines Wissens auch die Vaporisation versagt hat, und der schließlich an allmählicher Verblutung zugrunde ging.

Mit Bezug auf die von Herrn Mainzer begründete Annahme, daß nach der Vaporisation noch erhaltene Epithelien Neigung für maligne Degeneration zeigten, erinnert Vortr. daran, daß noch häufig bei sogenannten unstillbaren Blutungen eine außergewöhnliche tiefe Einwucherung von Drüsen in die Muskulatur gefunden wird. Diese können durch die Vaporisation nicht zerstört werden und würden dann besonders geneigt sein, karzinomatös zu entarten. Es wäre wohl wichtig, darauf zu achten, ob sich in der Tat Karzinom häufiger nach der Vaporisation im Korpus entwickelte.

Aus Gründen historischer Gerechtigkeit sei es erfreulich, daß der vom Erfinder Snegirew gebrauchte Name Vaporisation heute wieder ausschließlich gebraucht worden sei.

Herr Hantke (Schlußwort) präzisiert noch einmal kurz seinen Standpunkt zur Myombehandlung mittels Vaporisation. Er betont, daß man nur in Fällen von subserösen und interstitiellen Myomen, die nicht in das Uteruscavum hineinragen, vaporisieren dürfe. Diese Operationsmethode darf jedoch nur angewandt werden, wenn eine radikale Operation sich im Interesse der Pat. verbietet. Bei submukösen Myomen darf nie vaporisiert werden. Bei Blutungen im klimakterischen oder präklimakterischen Alter soll stets die Vaporisation an Stelle der Totalexstirpation angewandt werden. Im zeugungsfähigen Alter soll man jedoch die Vaporisation nie ausführen, wenn man den Wunsch hat die Konzeptionsfähigkeit zu erhalten.

---

2) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Januar 1903.

Präsident: Prof. Treub; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Meurer: Spontane Uterusruptur.

XIpara, 8mal spontan, 9. Mal Wendung und Extraktion wegen Querlage, 10. Mal ebenfalls; sehr schwere Extraktion.

Jetzt seit 3 Stunden mäßige Wehen, Blutung (Placenta praevia lateralis). Muttermund 4 cm, Kind in der Bauchhöhle, Uterus kontrahiert daneben; beim Transport in die Klinik stirbt Pat. Sektion nicht gemacht.

Merkwürdig findet M. das plötzliche Entstehen der Ruptur im Anfang der Geburt; er hat eine analoge Beobachtung in der Klinik gemacht, bei der Hebotomie wegen mäßig platten Beckens mit gutem Erfolge gemacht wurde.

Vielleicht hat im ersten Falle die schwere Operation bei der vorigen Geburt die Ruptur schon vorbereitet.

Ribbius wünscht seiner in der vorigen Sitzung gemachten Mitteilung über Ruptura uteri noch hinzuzufügen, daß die Berichte der beiden beteiligten Ärzte sowie der der Hebamme sich widersprechen. Trotzdem hält er auch seinen Fall für eine spontane Ruptur.

van der Velde sah ebenfalls in einem Falle Uterusruptur bei Plac. praevia mit 4 cm Eröffnung spontan entstehen. Perforation und Extraktion des in die Bauchhöhle ausgetretenen Kindes. Tamponade. Verweilkatheter. Nach 6 Tagen wird die Blasenfistel, die sich an die Ruptur anschloß, operiert; Pat. genas. Ursache für die Ruptur unbestimmbar, vielleicht Lues?

In einem zweiten Falle entstand eine spontane Ruptur nach Portioamputation. Die Pat. wurde moribund in die Klinik gebracht. Laparotomie. Uterusamputation; zugleich intravenöse Salzwasserinjektion. Pat. erholt sich nicht mehr und stirbt $^1/_2$ Stunde später. Daß die Portioamputation ein ätiologisches Moment abgab, glaubt van der V. in diesem Falle nicht.

Mendes de Léon ist anderer Ansicht. Er hält die Portioamputation für sehr bedenklich. Pinard hat vor kurzem drei analoge Fälle publiziert.

Oidtmann schließt sich Mendes de Léon an.

Treub hält die mitgeteilten Fälle für wichtig bezüglich der Ätiologie und bezüglich der Therapie.

In den von ihm beobachteten Fällen war die Anamnese meist sehr dunkel. Lues scheint ihm kein ätiologisches Moment abzugeben, in dem Ribbius'schen Falle nimmt er artifizielle Ruptur infolge unzweckmäßiger obstetrischer Eingriffe der konsultierenden Kollegen als sicher an.

In zwei von ihm beobachteten Fällen entstand Kolpaporrhexis infolge übermäßiger Spannung spontan, einmal bei Hängebauch, einmal während die Pat. in Knie-Ellbogenstellung urinieren wollte. In einem dritten Falle sah er Uterusruptur eintreten in der Narbe, die von einer früheren Sectio caesarea herrührte. Therapeutisch hat T. nur Tamponade versucht. Von 7 Fällen hat er 5 verloren, 2 gerettet. Transport nach Uterusruptur macht die Prognose sehr viel schlechter.

Ribbius meint, daß in seinem Falle die geringe Blutung gegen artifizielle Ruptur spreche.

Stratz hat in einem Falle von drohender Uterusruptur dieselbe infolge des Anlegens der Zange durch einen ungeübten Kollegen manifest werden sehen. Auch in dem Ribbius'schen Falle ist er überzeugt, daß die »Kunsthilfe« die Ruptur zustande brachte.

Heilungen hat er trotz sehr schwerer Läsionen wiederholt eintreten sehen. In dem Meurer'schen Falle ist die Ruptur zwar, wie immer, plötzlich manifest geworden, war aber wohl jedenfalls schon länger vorbereitet. Daß Portioamputationen ein ätiologisches Moment für Ruptura uteri abgeben können, hat er in Berlin oft genug zu beobachten Gelegenheit gehabt.

van der Velde gibt zu, daß Portioamputationen zu Geburtsstörungen Veranlassung geben können. In seinem Falle aber ist dafür kein Grund vorhanden weil die Ruptur vor vollständiger Eröffnung statthatte.

Oidtmann hat einen Fall von Ruptura uteri gesehen, bei dem zwei Ärzte hoffnungslos gewendet hatten. Er extrahierte das Kind aus der Bauchhöhle; die Pat. heilte mit einem großen parametritischen Exsudat, aus dem 6 Wochen p. p. Eiter per vaginam entleert wurde.

Barnouw hat 2 Fälle von Uterusruptur gesehen. Im ersten Falle Wendung von der Hebamme versucht, wobei das Kind in die Bauchhöhle rutschte. B. extrahierte; die Pat. heilte mit Blasenfistel. In einem zweiten Falle hatte ein Kollege die Ruptur mit Forceps bewerkstelligt. Auch diese Pat. heilte.

Pimentel sah Ruptura uteri bei engem Becken; ob spontan, war nicht nachzuweisen. Pat. starb an Peritonitis.

Meurer: Über Temperatursteigerungen in puerperio.

(Ausführlich veröffentlicht in Nederl. geneesk. Tijdschrift 1903, Februar.)

M. hatte im ersten Jahre 72 = 34,4% Morbidität, trotzdem seine Hebammenschule nach allen modernen Anforderungen gebaut ist. Im zweiten Jahre ließ er, infolge der Publikation von Stroganoff, die Bäder durch Abwaschungen und Übergießungen ersetzen. Trotzdem erkrankten von 231 Wöchnerinnen 78 = 32,2%. An den Bädern lag es also nicht.

M. hat die Temperatur im Rektum aufnehmen lassen, glaubt darum mehr Fieberfälle gefunden zu haben, als andere, die nur in der Achsel messen.

Er verteilt seine Fälle in vier Gruppen:

A. Infektion, erkenntlich an puerperalem Ulcus, Endometritis, Salpingitis etc.

B. Reine Saprämie, Resorption von Zerfallsprodukten.

C. Komplikationen, wie Pneumonie, Angina, Malaria.

D. Andere Ursachen.

Seine Fälle verteilen sich: Im ersten Jahre A 4, B 27, C 8, D 33, im zweiten Jahre A 8, B 19, C 8, D 43. Zur letzten Gruppe rechnet M. u. a. Temperaturerhöhung wegen Obstipation, in seltenen (3) Fällen eine lebhafte Erregung.

Von den 440 Wöchnerinnen starben 3, 2 davon kamen schwer infiziert herein, die dritte starb 17 Tage p. part. an tuberkulöser Pneumonie.

Sitzung vom 15. Februar 1903.

Diskussion über den Vortrag Meurer's.

Kouwer findet die Meurer'sche Statistik nicht gerade günstig. Hinter die Gruppe D, die Meurer hauptsächlich auf Koprostase zurückführt, möchte K. ein großes Fragezeichen setzen. Warum soll Koprostase im Wochenbett Fieber verursachen und sonst nicht? Auch die von Meurer der »starken Muskelarbeit während der Geburt« zugeschriebene Temperatursteigerung hält K. für etwas anderes, nämlich leichte Infektion. Drittens verwundert ihn der Ausspruch Meurer's, daß keine einzige Frau innerhalb der Klinik infiziert wurde. Das kann man wohl vermuten, aber nicht als absolut sicher hinstellen.

Mendes de Léon meint, daß Koprostase wohl als Ursache von Temperatursteigerung angesehen werden darf, zugleich aber muß man sich nicht verhehlen, daß es sich dabei um eine Ptomaininfektion handelt.

Frl. van Tussenbroek hält ebenfalls Koprostase für eine Ursache von Fieber. Kouwer gegenüber bemerkt sie, daß Puerperae empfindlicher reagieren als andere Menschen; außerdem weiß man nicht, ob bei Nichtpuerperae die Temperatur bei Koprostase nicht auch erhöht ist. Toxine sind aber auch in diesem Falle die Fiebererreger.

Treub findet die Achseltemperatur genügend, sicherer, bequemer und reinlicher aufzunehmen als die Rektumtemperatur.

T. hat bei 1024 Hausschwangeren 252 Fiebernde = 24,6%, bei 580 poliklinischen Schwangeren 128 = 33,6%. Nach geburtshilflichen Eingriffen erhöhte sich die Morbidität auf 39% in der Klinik, 54% in der Poliklinik.

Die klinische Morbidität erscheint ungünstiger, weil er auch Fälle, die 24 Stunden vor dem Partus aufgenommen sind, mitgerechnet hat. Wenn er, wie Ahlfeld, nur solche zählt, die mindestens 3×24 Stunden vorher in die Klinik kamen, wird die Statistik viel günstiger.

Mastitis rechnet T. nicht zu den Puerperalerkrankungen, septische und saprämische Infektionen zu scheiden, wie Meurer tut, hält er für unrichtig, weil oft nicht möglich. Fieber kommt bei Koprostase vor, wahrscheinlich wohl durch Resorption retinierter Lochien.

T.'s Statistik soll ausführlich veröffentlicht werden.

Meurer hält an seiner Auffassung fest, namentlich an der Rektaltemperatur. Er gibt Kouwer gern zu, daß seine Statistik nicht sehr günstig ist, und will an anderer Stelle die Ursachen dafür besprechen.

Oidtmann: Über Fisteloperationen.

Auf Grund von 5 von ihm operierten Fällen, 3 Rekto- und 2 Vesikovaginalfisteln, bespricht O. die heutige Literatur über Fisteloperationen (Neugebauer wird nicht erwähnt! Ref.). Er hat in einem Falle von Rektovaginalfistel das rektale Ende durch eine Tabaksbeutelnaht zusammengezogen und darüber vernäht.

Kouwer meint, daß wohl jeder Operateur individualisiert. Er hat in verschiedenen Fällen die Fäden lang gelassen und zum Rektum bezw. zur Urethra herausgeleitet und später durch einfachen Zug entfernt.

Treub bemerkt, daß er keineswegs so optimistisch über die Erfolge der Fisteloperationen denkt, wie Oidtmann meint. Residive sind nicht selten; in einem Falle hat T. etwa 33 zu verzeichnen.

Pompe van Meerdervoort: Ein Fall von Inversio uteri.

33jährige Ipara. Spontane Geburt nach etwa 12stündigem Kreißen. Placenta durch einen Kollegen mit Credé entfernt, wobei der Uterus umgestülpt und stark blutend mit heraus kommt. Einige Stunden später kommt P. in Konsultation; Blutung mäßig; es gelingt leicht, den Uterus zu reinvertieren, wobei jedoch eine leichte Impression der linken Tubenecke bestehen blieb. Die Inversion kam gleich darauf wieder zustande, wurde nochmals reponiert und blieb nach Tamponade weg. Uterus war sehr schlaff, nur an der Placentarstelle verdickt.

Pompe betrachtet als Ursache der Inversion eine fehlerhafte Anwendung des Credé'schen Handgriffes und die Muskelkontraktion des Uterus.

Diskussion vertagt.

Ref. möchte mit Beziehung auf einen Aufsatz von Calmann (Zentralblatt für Gyn. 1903 Nr. 11 p. 333) bemerken, daß Meurer über die Bonnaire'sche Dilatation ausführlich im Nederl. geneeskund. Weekblad 1903 berichtet, und daß Mendes de Léon eodem loco vor der allzu optimistischen Auffassung gewarnt hat. Die Auffassung darüber in Niederland ist keineswegs, wie Calmann anzunehmen scheint, eine sehr günstige. Aus meinem von Calmann citierten Referat (Zentralblatt für Gynäkol. 1902 p. 594) geht gerade das Gegenteil davon hervor.

C. H. Stratz (den Haag).

---

3) Geburtshilfliche Gesellschaft in London.

(Lancet 1902. November 15 u. Dezember 27.)

Horrocks führt den Vorsitz.

Sampson Handley bespricht die peritubaren Hämatokelen (Sänger) und unterscheidet von diesen die paratubaren Hämatokelen, welche nach Ruptur der Tube entstehen können. Es bildet sich ein abgekapselter Bluterguß, der der Tube anhaftet und den Riß verdeckt. Verwechslungen mit Hämatosalpinx sind möglich und sicher häufiger gemacht worden. Vortr. hält das Vorkommen dieser peritubaren Hämatokelen für nicht selten. Die Wand dieser Säcke besteht aus Bindegewebe, Muskeln fehlen.

Eden hat vor einigen Tagen einen ähnlichen Befund erhoben wie ihn Handley beschreibt. In der Mitte der Tube war ein ovales Gebilde, das abdominale Ende der Tube war verschlossen. E. meint aber, daß meistens der tubare Fruchtsack durch den Riß des Eileiters ausgestoßen werde und alsdann an der Tube haften bleibe. Später heilt der Riß der Tubenwand.

Cullingworth stimmt dem Vortr. in seiner Deutung zu.

Bland-Sutton findet es erklärlich bei der Kleinheit der Molen, daß einige Operateure dieselben nicht gefunden haben.

Griffith bemängelt es, daß Handley verschiedene Namen für die beiden Objekte vorgeschlagen habe. Das Wort »para« werde gewöhnlich für extraperitoneale Ergüsse gebraucht.

Der Vorsitzende stimmt Griffith bei. In der Sache schließt er sich jedoch Handley an, vermutet aber, daß das Peritoneum der Tube anfänglich nicht zerrissen sei und unter demselben das langsam aussickernde Blut Zeit zur Gerinnung fände.

Handley meint, daß in ähnlicher Weise am Proc. vermiform. Veränderungen entständen. Vielleicht sind die beschriebenen Fibroide der Tube auch alte paratubare Blutergüsse.

Bland-Sutton demonstriert ein primäres Karzinom der Tube und erwähnt, daß das Hineinwachsen in den uterinen Teil der Tube beim Korpuskarzinom nicht so selten sei. Bei der demonstrierten Tube sei aber eine derartige Täuschung ausgeschlossen, da der ampulläre Teil der Tube erkrankt sei und gesundes Gewebe gegen das uterine Ende der Tube vorhanden sei. — Die Frau hatte unregelmäßige Blutungen.

In der Sitzung am 3. Dezember gaben Hermann und Andrews einen Beitrag zur natürlichen Geschichte der Dysmenorrhoe, indem sie eine Anzahl solcher Fälle, die mit Dilatation der Cervix behandelt und geheilt waren, verglichen mit solchen, bei denen die Dilatation der Cervix erfolglos gemacht war. Die Mehrzahl der geheilten Fälle hatte die Eigentümlichkeit, daß die Schmerzen recht nahe dem Beginne der Blutung lagen, während wenn die Schmerzen zwei oder mehr Tage vor dem Anfange der Blutung begonnen hatten, gewöhnlich keine Heilung erzielt wurde. Halten die Schmerzen nicht länger als zwei Tage an, so ist voraussichtlich durch die Dilatation Besserung zu erzielen. Ungebessert bleiben meist die Schmerzen, die ohne Unterbrechung (nicht anfallsweise) bestehen. Die

Vortr. nehmen nicht an, daß eine mechanische Behinderung für den Abfluß des Blutes besteht, doch wäre möglich, daß die physiologische Auflockerung der Menstruation ausbliebe, weil die Gewebe des Cervicalkanales eine größere Härte haben.

Der Vorsitzende Horrocks glaubt auch, daß krampfartige Schmerzen mehr für uterine als für ovarielle Dysmenorrhoe sprechen. Operativ empfiehlt er so vorzugehen, daß man die Portio nach hinten und nach links oder rechts spaltet, so daß zwei ungleiche Hälften entstehen, wodurch eine Verwachsung fast stets verhindert wird. Übrigens hat H. anatomische Stenosen gesehen. Auch darin stimmt er mit den Vortr. überein, daß die Dysmenorrhoea membran. auch durch Dilatation zu bessern sei. H. curettiert in solchen Fällen und ätzt mit starken Mitteln (unverdünnte Karbolsäure). Dadurch, daß das Blut nicht flüssig bleibt, sondern in der Uterushöhle schon gerinnt, können jedenfalls Koliken entstehen.

Heywood Smith meint, daß die Form der Anteflexio uteri für das besprochene Leiden von Wichtigkeit sei.

Boxall bezweifelt, ob man berechtigt sei, in solchen Fällen, wo die Kastration Heilung gebracht habe, immer eine ovarielle Dysmenorrhoe anzunehmen.

Giles glaubt, daß die Dilatation nicht für die Fälle passe, bei denen die Schmerzen lange vor Auftreten der Blutung bestehen.

Galabin hält eine entzündliche und blutreiche Beschaffenheit der uterinen Schleimhaut für die häufigste Ursache der Dysmenorrhoe. Aus diesem Grunde soll auch stets neben der Dilatation curettiert werden.

Rissmann (Osnabrück).

---

4) Geburtshilfliche Gesellschaft in Edinburg.

(Lancet 1902. November 22 u. Dezember 27.)

Der Vorsitzende, Ritchie, spricht zuerst über die Fortschritte der Gynäkologie. Da viele Frauenkrankheiten keiner Operation bedürfen, so muß der Hausarzt in der Diagnostik Kenntnisse haben. Die frühzeitige Diagnose ist oft von ausschlaggebender Bedeutung. Zwar ist das frühe Erkennen nicht leicht, so z. B. ist die Unterscheidung entzündlicher Zustände vom malignen Adenom recht schwer. Bei Menorrhagien im Klimakterium ist Adrenalin sehr wirksam.

Frost berichtet über Anwendung des Bossi'schen Dilatator bei Eklampsie. Er citiert zunächst die beiden Leopold'schen Arbeiten (und zwar sehr ungenau, indem er angibt, daß unter Leopold's Fällen kein Cervixriß entstanden sei; Ref.). F. hat im 8. Monate einer Schwangerschaft in 35 Minuten dilatiert und darauf mit der Zange das Kind extrahiert, worauf er wieder 35 Minuten verwandte. Keine Blutung folgte, doch hielten die Anfälle noch 18 Stunden an. Mutter und Kind wurden gesund entlassen.

Simpson hat auch einmal bei Eklampsie die schnelle Erweiterung vorgenommen. Für die Dilatation gebrauchte er 20 Minuten, für Anwendung der Achsenzugzange 35 Minuten. Es folgte keine Blutung, jedoch zessierten die Anfälle nicht. Mutter und Kind blieben am Leben.

In der Sitzung der Gesellschaft am 10. Dezember macht Brewis Bemerkungen über die Behandlung des Cervixkarzinoms in der Schwangerschaft. B. berichtet zunächst über zwei Fälle, die schon 4 resp. $2^1/_2$ Jahre nach der Operation rezidivfrei sind. In den ersten 3 oder 4 Monaten der Schwangerschaft soll die vaginale Totalexstirpation ausgeführt werden. Für die letzten Monate empfiehlt Vortr. nach Ausführung des Kaiserschnittes die abdominale Totalexstirpation.

Rissmann (Osnabrück).

---

5) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Glasgow.

(Lancet 1902. Dezember 13.)

Parry demonstrierte drei Fälle von Entbindungslähmungen.

Es war in allen Fällen Kunsthilfe angewendet. Das erste Kind zeigte nur eine Lähmung der durch den fünften Halsnerv versorgten Muskeln. Beim zweiten

Falle waren sämtliche Muskeln des Oberarmes gelähmt, außerdem bestand Schiefhals. Man entschloß sich zur Operation und es zeigte sich, daß Musc. sternomastoid., Scalenus medius und anticus zerrissen waren und der fünfte Halsnerv in verdicktes Bindegewebe eingebettet war, aus welchem er befreit wurde. Die Operation bewirkte wesentliche Besserung. Der dritte Fall war ähnlich. P. erwähnt Leichenversuche, die in Amerika vorgenommen wurden, um die Ursachen für die Verletzungen der Halsnerven bei der Entbindung klar zu legen.

Campbell zeigte ein $2^1/_2$jähriges Kind, bei dem Paralyse beider Arme bestanden hatte, die ohne Behandlung sich allmählich sehr besserte.

Ness hat ebenfalls zunehmende Besserung der Funktionen bei einem Kinde beobachtet.

Love stellt einen jungen Mann vor, bei dem ein Gleiches eingetreten ist, jedoch ist die Schulter und der Arm im Wachstum zurückgeblieben.

Parry plaidiert im Hinblick auf seinen zweiten Fall für operatives Vorgehen.

MacLennan stellt ein Kind vor, bei dem er eine Impression am Schädel 14 Wochen nach der Geburt operativ beseitigte. Er zerbrach das Knochenstück und versuchte die mit dem Perikranium in Verbindung gebliebenen Fragmente in besserer Lage zu fixieren. **Rissmann** (Osnabrück).

Neueste Literatur.

6) Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XVII. Hft. 2/3.

Max Sänger †.

1) A. v. Magnus (Königsberg). Zur Therapie des engen Beckens.

Referat nach Schluß der Arbeit im nächsten Hefte.

2) W. Zangemeister (Leipzig). Über einen Fall von Hydramnion.

Nach Abfluß von $4^1/_2$ Liter Fruchtwasser Geburt einer toten Frucht (42 cm, 2070 g). In der 96 cm langen Nabelschnur zwei wahre Knoten. Hochgradige Stauung im ganzen kindlichen Körper, sowie in der Placenta und Nabelschnur, an der unzweifelhaft die Nabelschnurknoten die Schuld tragen. Die genaue Untersuchung des Fruchtwassers und des mütterlichen Blutes führte zu folgenden Ergebnissen:

Das Fruchtwasser nähert sich in seiner Zusammensetzung um so mehr derjenigen der hydropischen Flüssigkeiten, in je größerer Menge es vorhanden ist. Damit ist aber auch für die Herkunft desselben ausgesprochen, daß der Bruchteil an (eiweißfreiem resp. eiweißarmem) Nierensekret, welcher sich im normalen Fruchtwasser wahrscheinlich befindet, mit der Vermehrung desselben immer kleiner wird, d. h. daß die Vermehrung nicht durch erhöhte Harnausscheidung des Fötus, sondern durch Steigerung einer anderen Quelle des Fruchtwassers bedingt wird.

Im mütterlichen Blute hatte eine Retention von Wasser und harnfähigem Material statt und war durch die Bluntuntersuchung nachweisbar. Der Vergleich von mütterlichem Blute und Fruchtwasser führte zu dem Ergebnisse, daß mütterliches, kindliches Blut und Fruchtwasser ihrem Gehalte an kristalloiden Stoffen nach als eine einheitliche Flüssigkeit erscheinen, welche durch permeable Membranen geteilt und dadurch nur in ihrem Gehalte an kolloiden Stoffen differenziert wird. Damit verliert die Frage, ob der permeable Anteil der Flüssigkeit von der Mutter direkt oder vom Eötus stammt, an Bedeutung.

Die früher gefundenen Differenzen im Harnstoffgehalte des mütterlichen Blutes und des Fruchtwassers bedürfen noch der Bestätigung; sie haben nur dann Beweiskraft, wenn gleichzeitig das Fruchtwasser und das mütterliche Blut untersucht werden.

3) J. Lönnberg (Upsala). Eine Serie Gefrierdurchschnitte durch eine Kopfgeschwulst.

Die der Abhandlung beigegebenen vorzüglichen Figuren sind in natürlicher Größe nach Photographien der Gefrierschnitte reproduziert. L. begleitet sie im

einzelnen mit einer genauen anatomischen Beschreibung, aus der sich ergibt, daß die Kopfgeschwulst durch Transsudat in allen Schichten der weichen Schädelbedeckungen gebildet wird, daß aber die Hauptmasse dieses Transsudates zwischen der Galea und dem Periost liegt.

4) C. Stravoskiadis (Wien). Über die Veränderungen des Uterus bei akuten Infektionskrankheiten.

Verf. hat auf Anregung Weichselbaum's eine genaue bakteriologische und histologische Untersuchung des Uterus bei mehreren akuten Infektionskrankheiten unternommen.

Untersucht wurden 24 Fälle, 5 betrafen Puerperae, 19 Frauen außerhalb des Puerperiums, und zwar 12 von krupöser Pneumonie, 4 von Typhus abdominalis, 3 von Pyämie, 2 von Meningitis, je 1 von Empyem der Pleura, Anthrax und allgemeiner Miliartuberkulose.

16 Fälle ergaben ein positives Resultat und werden in extenso mitgeteilt.

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen faßt S. dahin zusammen:

1) Während des Verlaufes von akuten Infektionskrankheiten kommt es nicht selten zu einer akuten Entzündung des Endometriums, die sehr häufig mit Blutungen verbunden ist, im übrigen aber einen sehr verschiedenen Grad aufweisen kann.

2) Diese Entzündung wird durch spezifische Bakterien hervorgerufen, welche mit dem Erreger der primären Infektionskrankheit übereinzustimmen pflegen. Hierbei ist selbstverständlich nicht ausgeschlossen, daß in den Fällen, in welchen während des Verlaufes einer Infektionskrankheit eine Komplikation entstanden war, die Erreger der Endometritis mit dem Erreger der Komplikation übereinstimmen können.

3) Die Erreger der sekundären Endometritis gelangen auf hämatogenem Wege in den Uterus und scheinen namentlich während einer Gravidität oder eines Wochenbettes besonders günstige Bedingungen zu ihrer Vermehrung zu finden.

4) Die Ursache eines Abortes oder einer Frühgeburt während einer akuten Infektionskrankheit ist nicht selten in einer auf hämatogenem Wege entstandenen Endometritis zu suchen.

5) A. Sippel (Frankfurt a/M.). Die Hysterektomie in der Behandlung der puerperalen Infektion und die Peritonitis im Puerperium.

S. bespricht nochmals eingehend seinen 1894 (d. Zentralblatt) veröffentlichten Fall von Entfernung des infizierten puerperalen Uterus, um die Einwände Fehling's zu entkräften. S. gibt bei Fäulnisvorgängen im Uterus, die zur Operation zwingen, der supravaginalen Amputation mit extraperitonealer Stielbehandlung den Vorzug vor der vaginalen Totalexstirpation, da sie sicher ermöglicht, die Bauchhöhle gegen jede Berührung mit dem Uterusinhalte zu schützen.

Entgegen seiner früher ausgesprochenen Ansicht erkennt S. heute die Exstirpation des progredient infizierten, septischen Uterus nicht mehr als berechtigt an. Bei schwerer progredienter, im Puerperium auftretender Peritonitis ist ein operativer Eingriff berechtigt.

6) A. Stein (Posen). Beiträge zur Kenntnis der Entstehung des Gebärmutterkrebses.

Verf. beschreibt zwei bemerkenswerte Fälle von Gebärmutterkrebs. In dem einen Falle handelte es sich um die Kombination von Gebärmutterkrebs und Tuberkulose bei einer 48jährigen Virgo, deren Mutter an Uteruskrebs gestorben war. Der mikroskopische Befund ergab eine alte verkäste und zum Teil verkalkte Tuberkulose der rechten Tube und der rechten Hälfte des Fundus uteri, sowie einen von der Portio ausgegangenen, sich hauptsächlich in der rechten Uterushälfte verbreitenden und bereits auf dem Lymphwege metastasierenden, verhornenden Plattenepithelkrebs. Auf Grund des Befundes kommt Verf. zu der Ansicht, daß die vorhandene Tuberkulose die ältere Erkrankung darstellt. Er sieht in der tuberkulösen Erkrankung des Fundus uteri ein Moment, das wie ein chronisch entzündlicher Reiz auf die Portio wirken konnte. Es ließen sich also in diesem

Falle von Portiokarzinom bei einer Virgo, wo zunächst alle ätiologischen Anhaltspunkte zu fehlen schienen und den man deswegen um so leichter im Sinne der parasitären Theorie hätte verwerten können, zwei ätiologische Momente finden, eine ererbte Disposition und durch die Tuberkulose des Uterus bedingte Reizzustände.

In dem zweiten Falle handelte es sich um einen infiltrierenden Krebs des Gebärmutterkörpers nebst ausgedehnter Verlagerung von Schleimhautinseln in die Muskulatur. Makroskopisch verhielt sich der Uterus nur wie ein ziemlich stark metritisch verdickter. In starkem Gegensatze dazu steht der mikroskopische Befund. Die Veränderungen beginnen 1 cm oberhalb des Orif. int. und bestehen 1) aus in dem Myometrium eingeschlossenem cytogenem Bindegewebe nebst Drüsen, und 2) aus ausgesprochener Karzinombildung. Verf. weist für die atypischen Schleimhauteinlagerungen in das Myometrium die Abstammung von Resten des Müller'schen Ganges nach, sie müssen also auf eine kongenitale Entwicklungsstörung zurückgeführt werden. Die gefundenen histologischen Veränderungen lassen für die Frage nach der Entstehung des Karzinoms folgende Schlüsse zu: Es haben mit aller Wahrscheinlichkeit chronisch entzündliche Prozesse eine Rolle gespielt; als zweites Moment kommt die kongenitale Entwicklungsstörung in Betracht. Nach des Verf. Ansicht ist damit ein gewisses anatomisches Substrat für den sonst etwas verschwommenen Begriff der karzinomatösen Disposition gegeben.

7) R. U. Boerma (Dresden). Ein Fall von hydronephrotischer Wanderniere.

An die genaue Krankengeschichte des Falles und die makro- und mikroskopische Beschreibung des entfernten Tumors schließt B. eine Besprechung der Ätiologie, Diagnose und Therapie der hydronephrotischen Wanderniere unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur.

8) H. Schroeder (Bonn). Zur Eklampsiestatistik.

Die Arbeit behandelt dieselbe Frage, die S. schon in Karlsbad angeschnitten hatte, die Unzulänglichkeit unserer Eklampsiestatistiken. In der Einleitung weist er in einer kritischen Besprechung auf manche Lücken hin, die auch die Dienst'sche Theorie in der Erklärung der bei der Eklampsie beobachteten Tatsachen noch offen läßt. Im besonderen sucht er nachzuweisen, wie sich unsere Anschauungen über den Zusammenhang zwischen Eklampsie und Albuminurie auf zum Teil ungenauen Statistiken aufbauen. Manche Eklampsien werden als auf Nephritis basierend aufgezeichnet, wo die Albuminurie erst sekundär ist. Das liegt oft daran, daß der erst nach mehreren Anfällen katheterisierte Urin zur Entscheidung der Frage benutzt wird, ob schon vor Ausbruch der Erkrankung eine Albuminurie bestand.

Eine neue Statistik sollte alle Fälle, in denen nicht sofort nach dem ersten Anfalle katheterisiert wurde, fortlassen. Am wertvollsten wären solche Fälle, bei denen das Verhalten des Urins schon vor dem ersten Anfalle bekannt wäre. Eine regelmäßige Untersuchung der Hausschwangeren in großen Anstalten könnte dazu beitragen.

S. schlägt eine Tabelle vor, die bei jedem Eklampsiefalle als Ergänzung zu der eigentlichen Geburtsgeschichte ausgefüllt werden soll und in erster Linie Wert legt auf das Verhalten des Urins. Daneben enthält sie Rubriken für die Resultate einer in jedem Falle prinzipiell auszuführenden Blutuntersuchung, für die Einzeichnung von Prodromalsymptomen und Aura und für eine bis ins einzelne gehende Beschreibung des Verhaltens während der Anfälle.

Heft 3.

1) O. Polano (Gießen). Beiträge zur Anatomie der Lymphbahnen im menschlichen Eierstocke.

Referat nach Schluß der Arbeit im nächsten Hefte.

2) O. Fellner (Wien). **Ein klinischer Beitrag zur Lehre vom Hydramnios.**

F. hat aus den Geburtsgeschichten der letzten 4 Jahre der Schauta'schen Klinik (13000 Fälle) sämtliche als Hydramnios bezeichnete Fälle zusammengestellt. Es sind das 124. Auf Grund dieses Materiales weist er auf die Tatsache hin, daß sich gesetzmäßig bei Hydramnios eine abnorme Größe des Kindes findet. 104 der Frauen befanden sich am normalen Schwangerschaftsende. Die Durchschnittslänge der Kinder betrug 53,4 cm, das Durchschnittsgewicht 3461 g. Mit wachsender Fruchtwassermenge wächst die Länge und das Gewicht. Auch die kindlichen Kopfmaße sind vergrößert. Der schräge Durchmesser betrug im Durchschnitt bei reifen Kindern 13,52 cm. Bei Mehrlingsschwangerschaft birgt die hydramniotische Höhle die größere Frucht. Die Entbindung erfordert wegen der Größe der Kinder öfters Kunsthilfe.

F. verbreitet sich dann über die Ätiologie des Hydramnios. Er glaubt, daß aus der Wucherung der Zottenstämme am ehesten das gleichzeitige Zusammentreffen von Hydramnios und abnormer Kindergröße erklärt werden könne. Auch in seinen Fällen konnte er den Befund von relativ großen und dicken Placenten beobachten.

3) E. Ferroni (Pavia). **Über Mola haematomatosa tubarica.**

Genaue Krankengeschichte und mikroskopische Beschreibung des Falles. F. glaubt, daß man es in seinem Falle mit einem speziellen, bereits primär in den innersten Schichten der Tube erfolgten Tubarabort mit darauffolgendem Absterben der Frucht zu tun hat. Die Langsamkeit und das wiederholte Eintreten der Blutung, ihre regelmäßige, allmähliche Ausbreitung über die gesamte Peripherie des Eies, die stellenweise Ablösung der Chorionelemente, wodurch die sackartige Ausdehnung bestimmter Zonen der Eihäute gefördert wurde, die bis in die allerletzte Periode des Prozesses fortbestehende Vitalität des Eies, sind die wesentlichen Momente, welche dem Ei und den dazu gehörigen Gerinnseln die Form und die typischen Merkmale der Hämatommole verliehen haben. F. vergleicht seine Befunde mit für die Hämatommolen des Uterus beschriebenen.

4) A. v. Magnus (Königsberg). **Zur Therapie des engen Beckens.**

v. M. stellt 874 Geburten bei engem Becken zusammen, und zwar 820 aus dem klinischen Materiale der Greifswalder Klinik von 1883—1900 und 54 aus dem poliklinischen von 1898 an. Unterschieden wird zwischen platten und allgemein gleichmäßig verengten Becken. Von den 874 Geburten verliefen 702 spontan = 80,33%. Von 684 in Schädellage verlaufenen Geburten bis zum Jahre 1897 verliefen 618 = 90,3% spontan. (Beckenausgangszangen als Spontangeburt gerechnet.) Die Verteilung der Spontangeburten auf die verschiedenen Grade der Beckenverengerung, die Häufigkeit derselben im Verhältnis zur Zahl der vorangegangenen Geburten, die Resultate für die Kinder im Verhältnis zum Grade der Beckenenge, Geburtsdauer, Mortalität und Morbidität des Wochenbettes werden im einzelnen besprochen.

Des weiteren bespricht Verf. die atypische Zangenextraktion (8 Fälle), die Kraniotomie (30 Fälle) und die Wendung und Extraktion (88 Fälle) beim engen Becken. Über die Resultate der Wendung und Extraktion wird getrennt je nach den verschiedenen Indikationen, je nach der Anzahl der vorausgegangenen Geburten, je nach dem Grade der Beckenenge berichtet. Eine genaue Besprechung ist der prophylaktischen Wendung gewidmet.

Auf Grund des vorgelegten Materiales zieht M. seine Schlußfolgerungen für die Therapie der engen Becken, und zwar gesondert für Erst- und Mehrgebärende.

Während bei Erstgebärenden dem abwartenden Verfahren der Vorzug zu geben ist, ist für Mehrgebärende eine aktivere Therapie vorzuziehen. Es liegt besonders kein Grund vor, die Wendung und Extraktion für die Therapie der engen Becken aufzugeben.

Übersichtliche Tabellen erleichtern das Studium der mühevollen Arbeit.

5) N. Kolomenkin (Moskau). Zur Frage über die operative Behandlung der Uterusruptur.

Referat nach Schluß der Arbeit im nächsten Hefte.

6) Lichtenauer (Stettin). Über die chirurgische Behandlung der Pyosalpinx.

Als Richtschnur für das Vorgehen bei den Pyosalpinxoperationen gelten dem Verf. folgende Sätze.

1) Der abdominale Weg muß eingehalten werden.

2) Es muß unter allen Umständen einzeitig operiert werden.

3) Bei der Operation ist die freie Abdominalhöhle vor Infektion des immer als infektiös zu betrachtenden Eiters zu schützen.

4) Die Höhle des kleinen Beckens muß auch nach der Operation nach oben hin abgeschlossen bleiben und nach unten hin (der Vagina) drainiert werden.

Genaue Angabe der angewandten Technik und Bericht über 10 danach operierte Fälle, die sämtlich zur Heilung kamen. Dieselben waren durchweg schwer, nur zweimal ließen sich die Eitersäcke unverletzt entfernen. Einmal wurde der Darm verletzt, es kam zur Bildung einer Kotfistel, die spontan heilte. In einem zweiten Falle wurde die Nachbehandlung durch einen Abszeß der Gallenblase kompliziert. Abgesehen von diesen beiden Fällen betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 54 Tage (im Minimum 19 Tage).

Die Krankengeschichten sind angefügt.

6) M. Dützmann (Greifswald). Geburtskomplikationen bei ausgedehnter Varicenbildung.

An der Hand von fünf Fällen aus der Greifswalder Frauenklinik weist Verf. auf die große Gefahr hin, die eine ausgedehnte variköse Gefäßentwicklung an den Geschlechtsteilen der Frau in der Schwangerschaft und Geburt bringt. In dem einen Falle kam es zum Exitus letalis an Verblutung, in einem zweiten gelang es nur mühsam, diesen unglücklichen Ausgang zu vermeiden. Bei der Geburt ist in solchen Fällen das Hauptaugenmerk auf eine möglichst langsame und schonende Gestaltung des Geburtsvorganges zu richten, bei Verletzung der Varicen ist das einzige therapeutische Mittel die exakteste Naht. **Reifferscheid** (Bonn).

Wochenbett.

7) E. Senger (Krefeld). Über einen operativ geheilten Fall intensivster Pyometra bei einem Uterus bicornis puerperalis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 33.)

25jährige Ipara. Normale Geburt und Wochenbett, bis am 22. Tage p. p. sich Fieber und stetig zunehmende Unterleibsschmerzen einstellten. Unter peritonitischen Erscheinungen bildete sich eine sich stetig vergrößernde Geschwulst in der linken Bauchseite. Bei der Untersuchung fand sich nach rechts und vorn vom Uterus, welcher der vierten Woche des Wochenbettes entsprach, mit seiner linken Seite anscheinend eng verbunden eine pralle glatte Geschwulst bis 3 Querfinger über den Nabel reichend. Wegen intermittierenden Fiebers und zunehmender Schwäche Operation nach vorausgeschickter Probepunktion, welche gelben, äußerst übelriechenden Eiter ergab. Seitlicher Bauchschnitt. Es zeigte sich, daß der Tumor nicht mit dem Peritoneum verwachsen war. Nach Umstopfung mit Gaze Ablassen von Eiter mit Spritze, bis die pralle Füllung nachläßt; dann Spaltung mit dem Messer. Ausspülen des Sackes mit Lysol. Vorwälzen desselben. Jetzt zeigt sich, daß es sich um das Horn eines Uterus bicornis handelt. Wegen schlechten Zustandes der Pat. Einnähen desselben in die Bauchwunde. In der Folge reinigt sich dessen belegte Innenfläche. Nach 14 Tagen schwierige Totalexstirpation des Hornes. Da Naht des Stumpfes unmöglich, Tamponade, welche durch den unteren Wundwinkel herausgeleitet wird. Genesung.

Graefe (Halle a/S.).

8) **C. Douglas** (Edinburg). **Das Vorkommen von Milchzucker im Urin stillender Frauen.**

(Scottish med. and surg. journ. 1902. März.)

Der Urin jeder Frau, die begonnen hat zu stillen, und besonders nach völliger Etablierung der Milchsekretion, enthält mehr oder weniger Zucker, der leicht mit Fehling'scher Lösung nachzuweisen ist. Dieser Zuckergehalt bleibt noch mehrere Tage nach Beendigung des Stillgeschäftes bestehen. Natürlich ist es von größter Wichtigkeit, in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung, ob es sich um den verhältnismäßig harmlosen Milch- oder aber um Traubenzucker handelt. Eine bestimmte Methode, dies kurz und bündig zu unterscheiden, hat Verf. nach vielfältigsten Versuchen nicht auffinden können. Um seine Ansicht von Praktikern befragt, formuliert er diesen etwa so: hat man einen Urin vor sich, der (nach Ausschluß aller Fehlerquellen) auf Fehling'sche Lösung reagiert, aber mit Phenylhydrazin keine Kristalle gibt und mit Hefe nicht oder nur sehr langsam fermentiert, so kann man, eigentlich mehr per exclusionem, auf Milchzucker schließen.

Zeiss (Erfurt).

9) **Gradenwitz** (Breslau). **Über die Exstirpation des puerperal septischen Uterus.**

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 51 u. 52.)

Unter 113 Fällen von Wochenbettfieber fanden sich 26, deren Fieber sich entweder als durch innere Erkrankung bedingt herausstellte (mit 3 Todesfällen), oder zwar von den Genitalien ausging, aber nach kurzer symptomatischer Behandlung abfiel. Eine zweite Gruppe stellen 23 Kranke dar, deren Fieber durch frische, unmittelbar post part. entstandene peri- oder parametritische Abszesse etc. hervorgerufen war und nach — meist konservativ-operativer — Behandlung zur Norm sank (kein Todesfall). Die dritte Gruppe von 26 Pat. wurde mit verjauchten Nachgeburtsresten eingebracht, deren Ausräumung in 25 Fällen zur Heilung führte (1 Todesfall).

Nach Abzug dieser 75 Fälle bleiben 38 im schlimmsten Zustande befindliche Frauen, die, oft schon außerhalb ärztlich behandelt, dem Krankenhaus erst zugeführt wurden, als der völlig hoffnungslose Zustand ihr Verbleiben in der eigenen Wohnung unmöglich machte. Von diesen schweren Fällen sind 21 gestorben = 55,3%. Bei dieser hohen Mortalitätsfrequenz erscheint es von vornherein gerechtfertigt, in geeignet erscheinenden Fällen die Exstirpation des erkrankten Organs vorzunehmen, um auch den äußersten Rettungsversuch nicht zu unterlassen.

Von den 7 so operierten Fällen, deren Krankengeschichten besonders ausführlich gegeben werden, da nur die genaue Kenntnis der anamnestischen Daten und des Verlaufes die Schwere der Fälle richtig bewerten lassen, sind 2 gestorben und 5 geheilt. Unter den letzteren lagen bei 4 ausgesprochen lokale Prozesse vor, während nur 1 Fall die lymphatische Form der Pyämie repräsentierte. Die beiden Fälle mit ungünstigem Ausgang stellen die schwere Form reiner Septikämie ohne das Vorhandensein eitriger oder infektiöser Lokalerkrankung, ohne Schwellung der Lymphbahnen oder Vereiterung von Venensträngen dar. Wenn nun auch in diesen 2 Fällen die Operation keinen Schaden gestiftet hat, so muß man sie doch bei derartigen Kranken für zwecklos erklären. Bei einer schweren Infektion können verschiedenartige Prozesse Grund zur Uterusexstirpation abgeben, und zwar hauptsächlich die sicher auf den Uterus beschränkten schweren Infektionen, eitrige Prozesse des Uterus, seiner nächsten Umgebung und der Adnexa, entzündliche Erkrankungen der Blut- und Lymphbahnen. Fälle, bei welchen die Infektion den Uterus überschritten, die Blutbahnen überschwemmt hat und eine Lokalisation derselben nicht nachweisbar ist, sind der Heilung kaum zugänglich. Unter dieser Einschränkung empfiehlt es sich, schwere, der Spontanheilung nicht zugänglich erscheinende Erkrankungen von Wochenbettfieber dem an sich wenig gefährlichen Eingriff zu unterwerfen, wenn andere Behandlungs-

methoden versagen. Als äußerst wichtige Vorbedingung für einen glücklichen Erfolg dieser operativen Therapie ist aber stets eine halbwegs ausreichende Widerstandsfähigkeit der Pat. zu verlangen.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

10) Clark (Pennsylvania). Ätiologie der postoperativen Thrombophlebitis der Vena femoralis bezw. iliaca ext.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1902. Juli.)

Diese Thrombophlebitis ist nicht infektiösen Ursprungs, auch hängt sie nicht zusammen mit einem Trauma der Damm-, Becken- oder Iliacalgefäße, sondern ist die direkte Folge eines fortgeleiteten Thrombus aus der Vena epigastrica inferior.

Vorstehende These wird durch folgende Gründe gestützt: Die Temperatur bei der postoperativen Thrombophlebitis spricht im allgemeinen gegen septische Infektion; unter den vom Verf. gesammelten — in einer großen Tabelle mitgeteilten — 41 Fällen von Thrombophlebitis sind nur 2, wo eine Infektion bereits zur Zeit der Operation bestand; die Erkrankung setzt meist erst am 14.—15. Tage nach der Operation ein, oft noch später, der Ausgang ist immer ein günstiger.

Unter den 41 Fällen waren die oben erwähnten Gefäße meist gar nicht in Mitleidenschaft gezogen, häufig erschien die Thrombose auf der dem operativen Eingriff entgegengesetzten Seite; Femoralthrombose wird überhaupt nur nach Köliotomien beobachtet, wie auch nach den ausgedehntesten Operationen am Damm oder der Vagina.

Die Lage und Verlauf der Vasa epigastrica (hintere Fläche des Rektus, lateral von der Linea alba) ist derart, daß sie leicht bei jeder Köliotomie beeinträchtigt werden können, die Art ihrer Mündung in die Vasa iliaca ist geeignet, Wirbelbewegungen im Blutstrom zu begünstigen.

Die Femoralthrombose ist übrigens sehr selten. Unter 3000 Laparotomien im John Hopkins Hospital nur 35mal! Der Grund ist die leichte Möglichkeit eines Kollateralausgleichs.

G. Frickhinger (München).

11) Gebhard (Berlin). Behandlung der puerperalen Septikämie.

(Handbuch der Therapie der inneren Krankheiten. Herausgegeben von Penzoldt und Stintzing. 1902. III. Aufl.)

In der Einleitung bespricht Verf. kurz die Ätiologie und Diagnose der puerperalen Septikämie und geht dann auf die Prophylaxe und eigentliche Behandlung ein. Für die Prophylaxe empfiehlt er die Benutzung auskochbarer Gummihandschuhe für denjenigen, der ganz sicher gehen will, da die Frage, ob die Hände sicher keimfrei gemacht werden können, noch nicht gelöst ist. Die Vollbäder sollen durch Waschungen ersetzt oder dem Badewasser leichte Antiseptika zugesetzt werden. Die Möglichkeit einer Selbstinfektion gibt G. zu, doch wendet er keine Scheidendesinfektion an, weil erstens dieselbe nicht alle Keime entfernt, zweitens durch dieselbe Keime weiter nach oben verschleppt werden können, drittens die Scheidenschleimhaut geschädigt und weniger widerstandsfähig gemacht wird.

Bei der Behandlung der Endometritis empfiehlt G., wenn die Lochien jauchig riechen, eine gründliche Uterusausspülung; bei ausbleibendem Erfolg ist von weiteren Spülungen abzusehen. Als Mittel empfiehlt sich 5%ige Karbolsäure oder 30—50%iger Alkohol. Ist die Infektion schon weiter vorgedrungen, so gibt man bei starker Empfindlichkeit der Gebärmutter eine leichte Eisblase, sorgt für Entleerung des Darmes etc. Auf das Entschiedenste wird vor einer Ausschabung der Gebärmutterhöhle gewarnt, die Vaporisation hat sich bei der puerperalen Infektion des Endometriums als zwecklos erwiesen. Die Totalexstirpation des Uterus hat nur Aussicht auf Erfolg in ganz frischen Fällen. Für die Ernährung gelten die allgemeinen Regeln. Vor allem wichtig ist die reichliche Darreichung von Alkohol. Lauwarme Bäder wirken günstig außer in Fällen, wo bereits Peritonitis oder Parametritis vorhanden ist. Auf Antipyretika ist am besten zu verzichten. Her-

vorzuheben ist die günstige Wirkung der Digitalis. Nicht bewährt haben sich graue Salbe und Unguentum colloidale Credé. Bei Beteiligung des Bauchfells kann im Beginn eine Jodpinselung von Nutzen sein, gegen das Erbrechen Eispillen, Ausspülung des Magens.

Bei der Pyämie ist vor allem für dauernde Kontraktion des Uterus zu sorgen. Im übrigen muß man sich auf symptomatische Behandlung beschränken und absolute Ruhe. Auch hier ist Digitalis event. Chinin von Nutzen. Metastasen sind je nach Lokalisation zu behandeln. Die Hoffnungen, die man auf das Antistreptokokkenserum setzte, haben sich nicht erfüllt. **Hohl** (Bremerhaven).

12) **Mathé** (Arendouch). Fall schwerer puerperaler Septikämie, behandelt durch Antistreptokokkenserum Denys.

(Journ. d'accouchement. Liège 1902. Nr. 37.)

Verf. berichtet über einen verzweifelten Fall puerperaler Sepsis, den er nach Versagen aller angewandten Mittel durch Injektion von 100 ccm des von Dr. Denys in Louvain hergestellten Antistreptokokkenserums retten konnte. Der Umschwung im Krankheitsbild trat 12 Stunden nach der Injektion ein. Verf. fordert begeistert alle Ärzte auf, nicht skeptisch fern zu stehen, sondern in geeigneten Fällen das Serum anzuwenden, von dem er nur Gutes berichten könne.

Weisswange (Dresden).

13) **Lambinon** (Lüttich). Über puerperale Septikämie.

(Journ. d'accouchement 1902. Nr. 28.)

Verf. bespricht an einem glücklich verlaufenen Falle von schwerer puerperaler Sepsis die Behandlung derselben.

Er empfiehlt bei puerperaler Endometritis mit starkem Ausfluß unverzüglich Curettage oder das Auswischen des Uterus mit nachfolgender Jodoformgazetamponade. Puerperale Ulcera werden mit Jodtinktur geätzt. Auch empfiehlt er warm Seruminjektionen. Daneben sind geeignete Diät und Exzitantien anzuwenden. **Weisswange** (Dresden).

14) **Henry** (Omaha). Wie sollen wir die Sepsis nach Abort oder rechtzeitiger Geburt behandeln?

(Med. news 1902. Mai 24.)

Die Anwendung der scharfen Curette hält der Verf. für das sicherste Mittel, um den schweren Folgen der Infektion vorzubeugen. Der Abschabung läßt er eine Auswischung mit konzentrierter Karbolsäure folgen. Tamponade oder Drainage des Uterus hält er für falsch, man lasse das Genitalrohr vollkommen offen und spüle nur 2mal täglich mit 2%iger Karbolsäure aus. Eiterherde in der Umgebung des Uterus sind möglichst bald zu öffnen und durch die Vagina zu drainieren. Multiple Abszesse in der Wand des Uterus indizieren die Exstirpation desselben. Ebenso ist der Uterus zu entfernen, wenn außerdem eine ausgiebige Drainage der stark infizierten Beckenhöhle nicht möglich ist.

Verf. wendet sich gegen die Hypothese, daß die Bildung eines Exsudates als Schutzwall gegen das Weiterdringen der Infektion anzusehen sei. (Jedoch in keineswegs überzeugender Weise. Ref.) **G. Frickhinger** (München).

15) **Sinclair.** Über puerperale Aphasie.

(Lancet 1902. Juli 26.)

Poupon war der erste, der im Jahre 1885 unter dem Namen »puerperale Aphasie« eine bestimmt umschriebene Krankheit zusammenfaßte. Hysterie, septische Erkrankungen, Embolie, Thrombose und Blutungen können die Ursache der hier besprochenen Aphasie abgeben. S., der im ganzen 18 Fälle sammeln konnte, befürwortet, unter dem Namen »puerperale Aphasie« auch die Erkrankungen, die in den letzten Monaten der Schwangerschaft auftreten, zu rubrizieren. Er macht

nämlich die in der Schwangerschaft auftretenden Blutveränderungen, die zu leichterer Gerinnbarkeit des Blutes führen, für das Auftreten der Krankheit verantwortlich. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht, daß die Aphasie in mehreren sich folgenden Schwangerschaften auftrat. Die Prognose ist in den meisten Fällen günstig zu stellen. S.'s Pat. war 27 Jahre alt und zum 4. Male schwanger. Eine Erkrankung des Herzens oder der Gefäße lag nicht vor. Im 7. Schwangerschaftsmonate verlor Pat. eines Morgens plötzlich die Sprache auf eine Stunde. Es folgten an demselben Tage noch 2 Anfälle, die vorübergehender Natur waren, bis am Abend die Sprache völlig aufhörte. Einen Tag später war auch die rechte obere Extremität gelähmt. Nach 3 Tagen kehrte die Sprache allmählich zurück, und die Geburt verlief ohne Störungen. **Rissmann** (Osnabrück).

Verschiedenes.

16) **Morton** (New York). Die Behandlung bösartiger Geschwülste durch die X-Strahlen.

(Med. record 1902. März 8.)

Verf. hält es — gestützt auf die Literatur und eine Reihe eigener Beobachtungen — für unzweifelhaft, daß oberflächlich gelegene Epitheliome durch die Einwirkung der X-Strahlen geheilt werden können. Seine Erfahrung, daß ein unter der gesunden Haut liegendes, noch nicht zum Durchbruch gekommenes Karzinom total zum Verschwinden gebracht wurde, läßt ihn weiter hoffen, daß auch die Karzinome innerer Organe in absehbarer Zeit dem Einfluß der X-Strahlen zugänglich werden. Daß selbst geschwellte, von dem Sitze der Erkrankung entfernt gelegene und nicht der direkten Behandlung unterzogene Drüsen sich verkleinerten, rechtfertigt die höchsten Erwartungen, die auf diese Behandlungsmethode gesetzt werden. Nicht minder erstaunlich ist das Verschwinden des kachektischen Aussehens und die Hebung des Allgemeinzustandes der Kranken, welches unter der Einwirkung der Röntgenstrahlen erzielt wurde.

Eine Schattenseite ist bis jetzt nur das Fehlen jeglicher Beurteilung der Größe der momentanen Einwirkung, so daß man immer in der Gefahr lokaler Verbrennungen bezw. gangränöser Prozesse schwebt.

G. Frickhinger (München).

17) **Cragin.** Die Beziehungen der Chirurgie zur Geburtshilfe.

(Med. record 1902. März 29.)

Verf. will die Geburtshilfe als eine hochentwickelte Wissenschaft betrachtet wissen. (Wer könnte ihm seine Zustimmung versagen? Ref.) Mit ihrer stetig anwachsenden Literatur, mit ihren das Gebiet der Biologie, Physiologie und Bakteriologie berührenden Streitfragen, mit ihrer jahrelange Übung erfordernden Technik stellt die Geburtshilfe einen Zweig der Medizin dar, welcher die gewissenhafteste Ausbildung verlangt und würdig ist, die Arbeit eines Lebens auszufüllen. Die beste Vorbildung und Grundlage für die praktische Ausübung der Geburtshilfe ist die Chirurgie. Die Asepsis, das Verhalten bei Blutungen, Cervixrissen, in der Eklampsiefrage, bei der puerperalen Wundinfektion läßt chirurgische Schulung als in hohem Grade vorteilhaft erscheinen, die Ausführung des Kaiserschnittes, der Symphyseotomie, die Behandlung der Uterusruptur macht dieselbe sogar zur zwingenden Notwendigkeit. Es wird auch die Zeit kommen, wo die operative Behandlung aller sich als Geburtsfolgen charakterisierenden pathologischen Zustände dem chirurgisch geschulten Geburtshelfer zufallen wird.

G. Frickhinger (München).

18) **Noble** (Philadelphia). Die Behandlung eitriger Adnexerkrankungen.

(Sonderdruck 1902.)

Die operative Behandlung der eitrigen Adnexerkrankungen hat sich in den letzten 14 Jahren bedeutend verbessert. Die Mortalität ist von mehr als 16% in

der ersten Hälfte des genannten Zeitraumes auf weniger als 5% in der zweiten Hälfte zurückgegangen. Dies ist in erster Linie dadurch erzielt worden, daß man in der Behandlung des Pyosolpinx und Ovarialabszesses, wenn sie mit intraperitonealen Eiterungen kompliziert sind, auf die Laparotomie verzichtet und die einfache Inzision mit Drainage anwendet. (Desgleichen bei frischen puerperalen Exsudaten.) In zweiter Linie aber durch radikaleres Operieren, wenn sich die Eiterung auf die Adnexe beschränkt. Dann wird mit den Adnexen zugleich auch der Uterus entfernt.

Die Inzision und Drainage hat sich als konservatives Verfahren im höchsten Sinne erwiesen. Denn während die Laparotomie bei den durch intraperitoneale Eiterherde komplizierten Fällen 27% Mortalität aufwies, betrug diese bei der Inzision und Drainage nur 2%. Aber auch die Genitalorgane bleiben mit größerer Wahrscheinlichkeit erhalten, da unter 14 Patienten, bei welchen später eine radikale Operation nötig wurde, nur 3mal mehr als die Adnexe der einen Seite entfernt werden mußten.

Was die Vorzüge der Hysterektomie anbelangt gegenüber der einfachen Oophorosalpingektomie, so ist bei jener die Stillung der Blutung sicherer, der Abschluß der Bauchhöhle ein vollkommenerer. **G. Frickhinger** (München).

19) **Polak** (New York). Die konservative Behandlung der akuten eitrigen Erkrankungen der Beckenorgane.

(Med. news 1902. März 1.)

Nachdem Verf. ausführlich die Differentialdiagnose der verschiedenen eitrigen Erkrankungen der Beckenorgane durchgesprochen hat, tritt er sehr warm für ein zwar frühzeitiges operatives, jedoch möglichst konservatives Verfahren ein. Die Inzision und Drainage von der Vagina aus, scheint ihm die günstigsten Chancen zu bieten. Es wird der Douglas eröffnet und Tube und Ovarium von allen Adnexen befreit. Ein vorhandener Eitersack wird in den Bereich der Vaginalwunde gebracht und hier inzidiert, der Eiter entleert, die Schleimhaut wird mit dem peritonealen Überzug vernäht und die Höhle drainiert. Die Rekonvaleszenz ist gut und rasch, die Kranke wird des Choks einer schweren Operation enthoben, eine spätere radikale Operation ist meist nicht mehr nötig. Wenn dies aber der Fall ist, so gestaltet sich dieselbe leichter und ungefährlicher als im akuten Stadium der Entzündung. Die vorherige Lösung der Adhäsionen, die Entleerung des Eiters, schafft viel günstigere Verhältnisse. **G. Frickhinger** (München).

20) **C. Springer** (Prag). Schnürfurchen durch Simonart'sche Bänder.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 51. Sitzungsbericht.)

Demonstration dreier Kinder von $^1/_2$—2 Jahren, bei einem Kinde ist das rechte Ohrläppchen scharf in zwei Hälften geteilt, sonst keinerlei Mißbildung. Bei dem zweiten Kinde sind mehrere Phalangen an den Händen und dem linken Fuße intra-uterin amputiert, außerdem in der Mitte des rechten Unterschenkels eine tiefe circuläre Furche mit dadurch bedingter Peromelie, der Fuß stellt von der Furche an einen schlaffen, flossenähnlichen Anhang dar mit kleinen Wärzchen an Stelle der Zehen (im Röntgenbilde keine knöchernen Teile). Im dritten Falle fand sich eine schräggestellte schmale circuläre Einschnürung in der Mitte des linken Unterarmes mit Ulnarislähmung, typische Krallenstellung der Hand. Als Erklärung dieses Befundes zeigt sich die Schnürfurche an der ulnaren Seite am tiefsten eingesenkt. Im letzten Falle kommt, falls die bisher erfolgreich ausgeführte Massage und Faradisation nicht zum Ziele führt, die Freilegung des Nv. ulnaris in Betracht. **Piering** (Prag).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 21. Sonnabend, den 23. Mai. 1903.

Inhalt.

X. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

Nachtrag.

32. *Herr v. Rosthorn, Demonstrationen: a) zum Chorionepitheliom; b) zur Extra-uterin-Schwangerschaft.*
33. *Herr Halban und Tändler-Wien, Zur Anatomie und Ätiologie des Prolapsus.*
34. *Herr Heinsius-Greifswald, Anatomische Untersuchungen über Tubenschwangerschaft.*
35. *Herr Ziegenspeck-München, Zur Ätiologie des Prolapsus uteri.*
36. *Herr Bulius-Freiburg, Demonstrationen.*
37. *Herr Holzapfel-Kiel, Demonstrationen.*
38. *Herr Strassmann-Berlin, a) Zur Operation der Extra-uterin-Schwangerschaft von der Scheide her.*
    b) Demonstrationen: 1. Operation bei doppeltem Uterus und Scheide; 2. Vaginale Exstirpation eines intraligamentären Tumors in der Schwangerschaft.
39. *Herr Polano-Würzburg, Ein neuer Brutapparat für frühgeborene Kinder.*
40. *Herr Koblanck-Berlin, Dauererfolge der Prolapsoperationen.*
41. *Herr Lindenthal u. Hitschmann-Wien, Demonstrationen von Placenten.*
42. *Herr Schröder-Bonn, Über die Beziehungen zwischen der Beckenform und der Form des Oberschenkels und über den Wert der Trochanterdistanz für die Beckenmessung.*
43. *Herr Fellner-Franzensbad, Demonstration. Zur normalen Struktur des Syncytium.*
44. *Herr Schatz, Die Abreißungen des Beckenbodens und der Vagina als Ursache des Prolapsus.*
45. *Herr Leopold, Demonstrationen zur Graviditas extra-uterina.*

I.

Beitrag zur Kasuistik der Adenomyome des Uterus[1].

Von

Privatdozent Dr. H. Füth.

Gelegentlich einer norwegischen Reise August vorigen Jahres sah ich in Trondhjem auf Veranlassung des dort ansässigen, mir befreundeten Gynäkologen, Herrn Dr. Ouren, ein mikroskopisches Präparat an, welches auf den ersten Blick genau so aussah wie Schleimhaut des Uterus. Es stammte aber nicht aus dessen Cavum, sondern von einem Gewebsstückchen, welches aus einer Vorwölbung im hinteren Scheidengewölbe zur Probe exzidiert worden war. Die klinischen Notizen über die Pat., welche diesen Befund darbot, stellte Herr Kollege Ouren mir freundlichst zur Verfügung.

H., Hanna, 34 Jahre alt, Bauerntochter aus Lödingen auf der Insel Hindö (Lofoten), Nullipara.

Anamnese: Vor 5 Jahren nach einer Periode starke Schmerzen rechts im Unterleibe; 4 Tage Bettruhe. Seitdem immer heftige Beschwerden während der Menses, die nach Einsetzen derselben auftraten. Im Typus der Periode nichts Besonderes. April 1902 Appendektomie. Keine Besserung.

Seit mehreren Jahren leidet Pat. an Obstipation; in der letzten Zeit stellte sich etwas Ausfluß ein. Sie kam zu Herrn Kollegen Ouren Ende Juli 1902 wegen Schmerzen im Unterleibe, die namentlich während der Periode auftraten und dann fast unerträglich waren. Ferner bestand ein Gefühl von Drängen nach dem Mastdarm zu.

Befund: Nicht mager, aber anämisch. Hymen intakt. Portio virginell, zeigt an beiden Lippen eine etwa $^1/_2$ cm breite Erosion. Im hinteren Scheidengewölbe, dieses ganz ausfüllend und bis zur Höhe des äußeren Muttermundes herabreichend, eine weiche, in der Ausdehnung eines Dreimarkstückes ulcerierte, leicht blutende Masse, die sich nach oben hinter der Cervix und dem Uterus in einen etwa faustgroßen Tumor fortsetzt und mit ersterem fest zusammenhängt. Der Uterus wenig vergrößert, liegt anteflektiert, anteponiert und ist vollkommen unbeweglich. Nach rechts geht der Tumor bis an die Beckenwand heran, nach links überragt er nur wenig die Seitenkante des Uterus. Adnexe sind nicht isoliert zu tasten. Bei Untersuchung per anum fühlte man jene faustgroße, hinter dem Uterus liegende Vorwölbung durch die vordere Rektalwand durch. Die Schleimhaut war überall glatt und ließ sich gegen die infiltriert erscheinende Unterlage verschieben. Dieser von Herrn Kollegen Ouren am 5. August in Narkose erhobenen Befund konnte ich bei einer Untersuchung einige Tage nacher nur bestätigen.

Eine bestimmte Diagnose stellte ich ebensowenig wie er. Natürlich dachten wir in Anbetracht des Befundes und der klinischen Symptome an einen malignen Tumor, und zwar in erster Linie an einen von einem oder beiden Ovarien ausgehenden. Jedenfalls erschien aber wegen der starken Schmerzen, welche die Kranke ganz arbeitsunfähig machten, der Versuch einer operativen Entfernung der Geschwulst indiziert, und auf die Größe der Beschwerden kann man daraus

[1] Als Vortrag gehalten in der 515. Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig am 16. März 1903.

schließen, daß die Pat. sofort auf den Vorschlag eines Eingriffes einging, ohne daß ihr etwas Bestimmtes versprochen wurde, worüber Herr Kollege Ouren ganz erstaunt war; denn in der Regel kostet es sehr viel gute Worte, ehe die dortigen Frauen sich zu einer Operation entschließen. Die Ausführung derselben trat er in liebenswürdiger Weise an mich ab und assistierte mir bereitwilligst.

Laparotomie am 9. August 1902 nach Art der Wertheim'schen Totalexstirpation des Carcinoma colli uteri. Im kleinen Becken sah und fühlte man die Verhältnisse ziemlich genau so, wie sie vorher festgestellt worden waren. Das Cavum Douglasii war aufgehoben und ausgefüllt von einer bis nahe an den Fundus reichenden und mit dem Rektum fest zusammenhängenden Geschwulstmasse, die sich ziemlich derb anfühlte. Das Lig. latum der rechten Seite war bis dicht an die Ansatzlinie der Tube entfaltet und das rechte Ovarium lag der Geschwulst dicht an. Das linke Lig. latum war zwischen Uterushorn und Ovarium infiltriert, und diese Infiltration ging bis dicht an das Ovarium heran; im übrigen war dieses sowohl wie die Tube ohne Veränderungen. Der Uterus erwies sich als wie eingemauert und wich nicht aus seiner Lage, so daß vollkommen in situ operiert werden mußte. Es wurde zuerst das Lig. inf. pelv. links umstochen, dann das linke Lig. rotundum; hierauf durchtrennte ich das Lig. latum bis dicht an die Uterina. Dasselbe auf der anderen Seite. Dann Ablösung der Blase. Bei der Ablösung des hoch hinauf mit dem Uterus bezüglich der hinter ihm liegenden Geschwulstmasse fest zusammenhängenden Rektums gelang es mir nicht, im Gesunden zu arbeiten. Ich mußte Geschwulstmasse an der vorderen Wand desselben in großer Ausdehnung sitzen lassen, und zu einer umfangreichen Resektion konnte ich mich vorerst nicht entschließen. Ich legte dann unter Auseinanderdrängen der beiden Blätter des Ligamentum latum links den Ureter frei, unterband die Uterina, indem ich sie nach dem Wertheim'schen Verfahren auf den Zeigefinger brachte und verfolgte den Ureter weiter bis zum Eintritt in die Blase. An er seitlichen Cervixwand reichte die Geschwulstmasse schon dicht an sie heran. Ganz anders gestalteten sich die Verhältnisse auf der rechten Seite. Hier ging, wie sich beim Versuche, die beiden Blätter des Lig. latum auseinander zu breiten, zeigte, die Geschwulst bis an die Beckenwand heran, und der Ureter zeigte sich in seinem untersten Abschnitte ganz von derselben umhüllt. Ich mußte ihn, nachdem mir die Unterbindung der Uterina geglückt war, aus der Geschwulst herauspräparieren und dabei an der seitlichen Beckenwand noch Geschwulstmasse sitzen lassen. Deshalb verzichtete ich auf eine Resektion und Wiedereinpflanzung und ließ auch von weiteren Eingriffen am Rektum ab. Ich löste dann abwärts die Scheide aus, soweit es mir möglich war und schnitt sie, da mir Wertheim-sche Klemmen nicht zur Verfügung standen, ohne solche durch. Das Wundgebiet des kleinen Beckens drainierte ich durch den Scheidenstumpf nach abwärts und schloß daß Peritoneum durch eine fortlaufende Seidenligatur ab. Reinigung der Bauchhöhle. Schluß der Bauchwunde.

Verlauf. Die Heilung der Bauchwunde erfolgte glatt. Urinlassen nach 3 Tagen spontan; Stuhl die ersten Male auf Klysmata, später ohne solche. Die Temperatur stieg in den ersten Tagen nicht über 37,5° und der Puls verhielt sich dementsprechend. Vom 8. Tage an stellten sich für kurze Zeit ileusartige Erscheinungen ein, die Temperatur stieg auf 37,8°, der Puls auf 130. Doch gingen diese Symptome ohne operativen Eingriff wieder vorüber. Patientin erholte sich langsam und trat am 45. Tage nach der Operation die weite Reise mit dem Dampfer in ihre Heimat an. Bei der Entlassung fühlte man von der Scheide aus eine quer verlaufende, harte dicke, am Rektum und an der Beckenwand fixierte Masse.

Seitdem ist es der Pat. immer besser gegangen, wie sie berichtete; sie kann essen, wieder arbeiten, hat keine Beschwerden und vor allem auch keine Schmerzen mehr nach dem Mastdarm zu. Anfang dieses Jahres war sie wieder einige Tage elend, hatte Magenschmerzen, Erbrechen, der Leib war aufgetrieben. Die letzten Nachrichten, die Herr Kollege Ouren erhielt, lauten wieder gut. Die Pat. ist sehr zufrieden und dankbar, sowie seit vielen Jahren nicht mehr so munter gewesen wie zur Zeit.

Das Exstirpierte besteht aus dem Uterus nebst den beiderseitigen Anhängen und dem obersten Abschnitt der Scheide, der an dem gehärteten Präparate stark zusammengeschnurrt ist. Die vordere Wand erkennt man leicht an der Stelle, an der die Blase festsaß. Die hintere Fläche des Uterus entbehrt bis etwa $1^1/_2$ Querfinger vom Fundus des glatten serösen Überzuges, sie sieht wie zernagt, ausgefressen aus. Etwa 3 cm vom Fundus entfernt ziemlich in der Mittellinie überragt eine kirschgroße Vorwölbung die Ebene der hinteren Wand, die hier noch ihren glatten Überzug hat. Wie zerfressen sehen ferner die beiden Seitenkanten des Uterus, namentlich die rechte aus, und die Ausnagung des Gewebes geht beiderseits aufwärts bis in die Tubenwinkel und weiter in der Richtung des Lig. ovarii proprium bis an die Ovarien heran. Um den äußeren

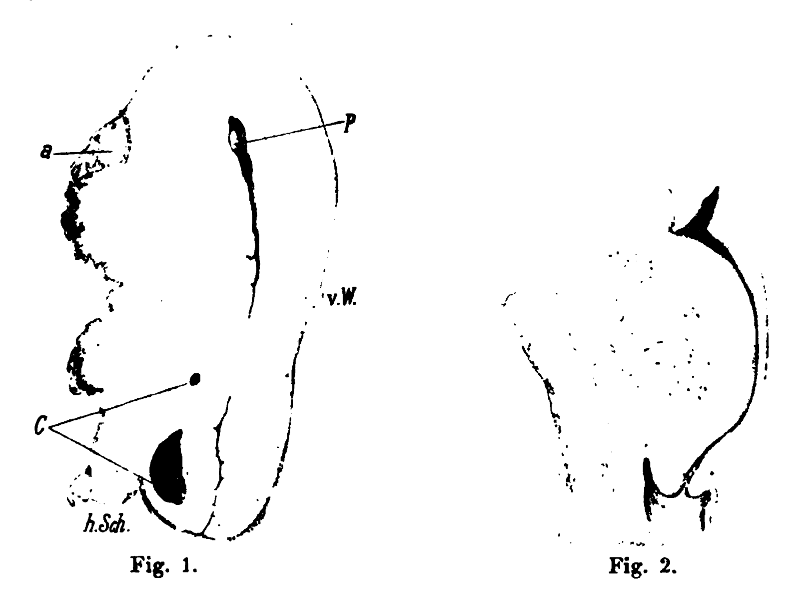


Fig. 1. Fig. 2.

Muttermund herum bemerkt man die schon erwähnte, etwa $^1/_2$ cm breite Erosion. Die Tuben sind nicht verdickt, die Ovarien von entsprechender Größe. Das rechte enthält ein Corpus luteum. Einen Einblick in die inneren Verhältnisse der Geschwulst gestattet ein Sagittalschnitt durch das ganze (gehärtete) Präparat, wie ihn vorstehende Zeichnung des gehärteten Präparates wiedergibt (Fig. 1). Man sieht die ganz normal beschaffene vordere Wand (*v. W.*). Dann folgt der Durchschnitt durch das Uteruscavum. Man erkennt deutlich die Grenze der Schleimhaut gegen die Muskulatur. Die Mukosa, die auf eine kurze Strecke in der Gegend des inneren Muttermundes nicht getroffen ist, zeigt deutlich eine feine Streifung, im Fundus sitzt ein kleiner Polyp (*P*). Geht man weiter nach der hinteren Wand zu, so erkennt man, daß sich die Muskulatur in geringer Entfernung von der Mukosa streifenförmig wie zu einer

Kapsel anordnet und eine Gewebsmasse (die Geschwulst) begrenzt, die wie gemasert aussieht und deren äußere Begrenzung wie ausgefranst erscheint. Diese Gewebsmasse reicht nach oben bis an jenen von außen schon sichtbaren Knollen, der sich hier auf dem Durchschnitt darbietet und als ein kleines subseröses Myom zu erkennen gibt (*a*). Nach abwärts erstreckt sich die Geschwulst bis zur Höhe des äußeren Muttermundes und stellt hier die Resistenz dar, auf die man bei vaginaler Untersuchung im hinteren Scheidengewölbe (*h. Sch.*) stieß und aus welcher die Probeexzision gemacht wurde. Etwa in der Höhe des inneren Muttermundes und weiter abwärts sieht man zwei mit dunklem Inhalte gefüllte Cysten von der gezeichneten Größe und Form.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden aus dem in Formalin vor- und in Alkohol nachgehärteten Präparate an den verschiedensten Stellen Stücke herausgeschnitten und teils in Celloidin, teils in Paraffin eingebettet.

Da ergab sich zunächst, daß jene eigentümlich gemaserte Geschwulst Drüsengewebe enthielt. Die einzelnen Schläuche sind längs, quer oder schräg getroffen und meist von einem ziemlich reichlichen, sogenannten cytogenen Gewebe umgeben; nur ganz einzeln liegen sie nackt der Muskulatur an. Das Epithel ist niedrig, die Kerne sind zentralständig, die Muskulatur ordnet sich um die Drüsen und das sie umgebende cytogene Gewebe herum. In den der Scheide naheliegenden Abschnitten der Geschwulst sind die Drüsen sehr zahlreich, sie liegen dicht beieinander und erwecken mit dem sie umgebenden kernreichen Schichten den Eindruck, als ob es sich um eine stark hyperplastische Uterusschleimhaut handle. Die mit *C* bezeichneten Hohlräume erweisen sich als stark erweiterte Drüsen mit einem sehr schönen einschichtigen Cylinderepithel. Sie enthalten, während für gewöhnlich die Drüsenlumina leer sind, Pigmentschollen.

Die Uterusmukosa, die von der Geschwulst schon makroskopisch scharf getrennt ist, läßt mikroskopisch nirgendwo Fortsätze erkennen, welche etwa die zwischenliegende Muskulatur durchsetzten und in den Tumor eindrängen. Auch die Cervicalschleimhaut erweist sich als von den im hinteren Scheidengewölbe liegenden Abschnitten der Geschwulst vollkommen getrennt. Die Uterusmukosa ist als hyperplastisch zu bezeichnen, und jener kleine Polyp zeigt einen typischen Aufbau. An den Tubenwinkeln fehlten rechts wie links drüsige Gebilde innerhalb der Muskulatur. Da, wo die medialen Abschnitte beider Ovarien mit der Geschwulstmasse in Verbindung treten, überwiegt ebenso wie im hinteren Scheidengewölbe deren drüsiger Anteil und zeigt in das ovariale Gewebe vordringend auch hier das Aussehen einer stark hyperplastischen Uterusmukosa. Im übrigen weisen beide Ovarien und ebenso die beiden Tuben nichts Besonderes auf.

Nach alledem ist die in Rede stehende Geschwulst als ein Adenomyom der hinteren Uteruswand zu bezeichnen, und es erhebt sich dann gleich die Frage, ob die drüsigen Bestandteile vom Wolff-schen Körper oder von den Müller'schen Gängen herstammen. In dieser Hinsicht möchte ich darauf hinweisen, daß ich ebenso wenig wie Lichtenstern[2] in einem neuerdings beschriebenen Falle Endkolben, Sammelkanälchen oder Pseudoglomeruli nachweisen konnte.

---

[2] Beitrag zur Lehre vom Adenomyoma uteri. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1901. Bd. XIV. p. 317.

Auch ist der große Reichtum an cytogenem Gewebe auffallend; derselbe ist ja nach Pick differential-diagnostisch für die Herkunft der Drüsenschläuche von den Müller'schen Gängen zu verwerten, eine Anschauung, die vornehmlich von R. Meyer unter Hinweis darauf bekämpft wurde, das auch in den Adenofibromen des Ligamentum rotundum cytogenes Gewebe nachgewiesen sei[3]. Dagegen konnte ich kein Blut in der Umgebung der Drüsen oder in deren Innern (abgesehen von den etwas aus dem Geschwulstbereich liegenden Hohlräumen *C*) nachweisen, wie dies Lichtenstern gelang, in dessen Falle die Schleimhaut einer Höhle sehr deutlich ein der menstruierenden Uterusmukosa auffallend ähnliches Bild darbot. Deshalb, sowie wegen der Angabe der Pat., daß die ersten kolikartigen Schmerzen mit der ersten Periode einsetzten und seitdem nur zur Zeit der Menstruation auftraten, glaubt er schließen zu dürfen, daß einmal die drüsigen Elemente der von ihm beschriebenen Geschwulst von den Müller'schen Gängen herstammen, und daß ferner die embryonal verlagerte Uterusmukosa sich an der Menstruation beteiligt, das Blut sich in den Cysten gestaut und die Koliken während der Periode erzeugt habe. Letzterer Schluß lag um so näher, als nach Entfernung des Tumors die Menstruation stets normal und schmerzlos erfolgte. Auch in dem vorliegenden Falle setzten die ersten Beschwerden im Anschluß an eine Periode ein und seitdem bestanden immer heftige Schmerzen während derselben, die nach Einsetzen der Blutung begannen. Es liegt in dieser Hinsicht also eine Ähnlichkeit mit der Lichtenstern'schen Beobachtung vor und man kann sich nach alledem des Eindrucks nicht erwehren, daß auch in dem vorliegenden Falle die drüsigen Elemente von den Müller'schen Gängen abstammen. Man hat sich dies nach den Ausführungen von R. Meyer nicht so vorzustellen, daß ganze Drüsen oder Teile derselben verschleppt werden. Das geschieht nur mit einzelnen Zellen, die aber die Fähigkeit in sich haben, bei späterer Proliferation Drüsen zu bilden.

Ein wesentlicher Unterschied kennzeichnet aber den vorliegenden Fall gegenüber dem von Lichtenstern, nämlich der, daß ersterer diffus in die Umgebung sich ausgebreitet hat. Gerade auf diesen Punkt muß ich infolge des Widerspruchs des Herrn Prof. Menge etwas näher eingehen und auf Fig. 1, Taf. I der v. Recklinghausen-schen Monographie[4] hinweisen. Herr Geh.-Rat v. Recklinghausen hatte die große Liebenswürdigkeit, mir die Originalzeichnung derselben zur Verfügung zu stellen, wofür ich ihm an dieser Stelle ver-

[3] Wer sich über das ganze Gebiet und seine strittigen Fragen zuerst einmal einen Überblick verschaffen will, findet eine sehr gute Bearbeitung der Literatur bis Ende 1900 in dem Sammelbericht von Hartz: »Neuere Arbeiten über die mesonephrischen Geschwülste«. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1901. Bd. XIII. p. 95.

[4] Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus- und Tubenwandung, ihre Abkunft von Resten des Wolff'schen Körpers. Berlin, A. Hirschwald, 1896.

bindlichst danken möchte, und mit seiner gütigen Erlaubnis gebe ich dieselbe vorstehend in Fig. 2 wieder, weil, wie ich glaube, ein Vergleich der letzteren mit Fig. 1 nach meiner Meinung das uneingeschränkte Wachstum der vorliegenden Geschwulst auf das Schlagendste dartut.

In dem v. Recklinghausen'schen Falle, dessen der Zeichnung zugrunde liegendes Präparat der Leiche entstammt, ist die Schleimhaut im ganzen Korpus verdickt, wie im vorliegenden Falle. Die Verdickung der Hinterwand wird hauptsächlich, wenn auch nicht ausschließlich durch einen intramuralen Tumor hervorgebracht, der die Schleimhaut nicht erreicht, sondern gegen diese durch ein 15 mm dickes Muskelgewebe abgeschieden ist, dessen parallel verlaufende Balkenzüge etwas konzentrisch angeordnet sind (s. o. Fig. 1). Die dorsale Begrenzung des Tumors fällt mit der Grenze der Uteruswandung selbst zusammen, kaum daß eine besondere 2 mm dicke Schicht das Tumorgewebe gegen die lockeren adhäsiven Bindegewebsmassen absondert und sich bei der mikroskopischen Untersuchung in der Tat als Rest des longitudinalen serösen und des subserösen Stratums der Uteruswandung ergibt, aber noch mit den drüsigen Strängen durchsetzt erscheint.

In einem ähnlichen Stadium hat auch der vorliegende Tumor sich befunden und ist dann, wie Fig. 1 zeigt, weiter gewuchert. Nach abwärts hat er sich bis in das hintere Scheidengewölbe entwickelt, nach hinten das Septum recto-vaginale durchbrochen und die Rektalwand, sowie zu beiden Seiten der Cervix namentlich rechts die Parametrien infiltriert und nach aufwärts sich bis in die Tubenwinkel und an die Ovarien heran vorgeschoben. Aus dieser Art der Ausbreitung erklärt es sich, daß später nicht nur Beschwerden während der Periode, sondern auch außerhalb derselben, wenn auch minder heftig, auftraten, daß insbesondere heftige Schmerzen in der Richtung nach dem Mastdarm sich bemerkbar machten, wie man dies bei fortschreitenden Karzinomen, die nach dem Rektum wuchern, öfter klagen hört.

Trotz dieses infiltrierenden Wachstums erweist sich das histologische Bild als nicht maligne, nach dem klinischen Bilde und nach dem Verlaufe der Operation muß man aber daran festhalten, daß die vorliegende Geschwulst als eine maligne zu bezeichnen ist. Diese Eigenschaft der Malignität ist bei Adenomyomen schon mehrfach beobachtet. So beschrieb schon v. Recklinghausen in seiner Monographie 3 Fälle, in denen Karzinom mit Adenomyom kombiniert war. Er faßt dieselben als Modifikationen des reinen von der Uterusschleimhaut[5] abstammenden Adenomyoms auf und ist der Ansicht, daß in diesen drei Beobachtungen das einfache Adenomyom in den zentralen Teilen deshalb karzinomatös geworden sei, weil diese von der Uterushöhle, deren Schleimhaut mehr oder weniger karzinomatös war, in irgend einer Weise beeinflußt wurde, und daß die Adenomyome in ihren biologischen Eigenschaften umgeändert worden seien. Im Gegensatz dazu berichtet Rolly[6] über einen Fall von Adenomyoma uteri mit Übergang in Karzinom und Metastasenbildung, in welchem die Uterusschleimhaut vollständig intakt war, also eine karzinomatöse Degeneration des adenomatösen Anteiles der Geschwulst allein vorlag. Die Pat., die an diesen Metastasen der Knochen,

[5] l. c. p. 227.

[6] Virchow's Archiv Bd. CL. 1897. p. 555.

Pleura, Lymphdrüsen und Leber starb, hatte nie Symptome dargeboten, die auf ein Uterus- oder Unterleibsleiden hätten schließen lassen; sie wurde intern ½ Jahr lang beobachtet, ohne daß eine Veranlassung vorhanden gewesen wäre, eine vaginale Untersuchung vorzunehmen. In diesem Falle stammten, wie Rolly annimmt, die drüsigen Einschlüsse, von denen das Karzinom ausging, von Resten des Wolff'schen Körpers, und das gleiche nimmt er von einem Falle an, den Babesiu bereits 1882 beschrieb und in welchem neben kleinen Myomen ein über faustgroßes, subseröses im Fundus saß; gerade in dessen Mitte hatte sich ein markiges Cylinderzellenkarzinom entwickelt; zugleich waren kleine, frische metastatische Knoten in der Leber und submiliare auf der Pleura vorhanden. Babesiu erklärte sich schon damals den Fall so, daß die epithelialen Gebilde in die Myome, die vielleicht in ihrer Anlage schon aus sehr frühen Stadien der embryonalen Entwicklung stammten, versprengt sein dürften. Schröder faßte den Fall so auf, als ob diese epithelialen Gebilde von der Mukosa abstammten, beim Wachstum des Myoms im Zentrum liegen blieben und dann karzinomatös entartet seien. Auch v. Recklinghausen[7] spricht von der Möglichkeit, daß gerade das Adenomyom von schleimhäutiger Abkunft besondere Neigung zur karzinomatösen Umwandlung zeige, wie seine Fälle A und B so deutlich bezeugten. Die von ihm beobachtete Epithelanordnung rechtfertigte durchaus den Gebrauch der speziellen Bezeichnung Adenokarzinom oder Adenoma malignum[8]. In einem dieser Fälle (Fall C) gelang es v. Recklinghausen nicht, eine richtige Muskelfaserneubildung nachzuweisen, welche genau den einzelnen Krebszellnestern anzupassen gewesen wäre. Dasselbe gilt auch von den peripheren Abschnitten der vorliegenden Geschwulst, an denen das stärkste Wachstum anzunehmen ist, d. h. also von denjenigen Partien, welche nach dem hinteren Scheidengewölbe sowie nach oben in die Gegend der Adnexe, besonders nach rechts hin, sich ausdehnten. Zwar sah man hier nur ein stark hyperplastisches Drüsengewebe, nichtsdestoweniger müßte man aber in Rücksicht auf ihr infiltrierendes Wachstum die vorliegende Geschwulst, wenn man sie genauer benennen wollte, als Myoadenoma malignum bezeichnen. In der mir erreichbaren Literatur konnte ich einen analogen Fall nicht auffinden, und deshalb dürfte sich die Mitteilung dieser einzelnen Beobachtung wohl rechtfertigen.

Gegen die erwähnte Bezeichnung kann nach meiner Meinung nicht eingewendet werden, daß die Pat. noch lebt und es ihr zur Zeit gut geht, soweit die Nachrichten lauten. War doch schon bei der Entlassung eine harte Infiltration im kleinen Becken zu fühlen, ganz wie es nach der unvermeidlichen Zurücklassung von Geschwulstteilen zu erwarten stand. Ferner sind die Erscheinungen zu Anfang dieses Jahres (s. o.), wie sie ähnlicher Art auch in der Anamnese des Rolly'schen Falles hervortreten, nicht außer Acht zu lassen. Auch

[7] l. c. p. 234.
[8] l. c. p. 205.

bezeichnet v. Recklinghausen die Malignität in dem ersten seiner Fälle (infiltrierter, myoplastischer Cylinderepithelkrebs) als eine nur geringe, und der langsame, über mehrere Jahre sich erstreckende Verlauf des Rolly'schen Falles läßt den gleichen Schluß zu, während der Fall von Babesiu[9] mangels entsprechender Angaben in dieser Richtung nicht zu verwerten ist.

II.

(Aus der I. Universitäts-Frauenklinik Hofrat Schauta in Wien.)

Über Fermente im Fruchtwasser.

Von

Dr. Josef Bondi.

Gelegentlich von Untersuchungen über die Veränderungen intra-uterin abgestorbener Früchte im unverletzten Ei bei Ausschluß von Bakterien, drängte sich die Frage auf, welche Faktoren diese Veränderungen hervorrufen. Man spricht von der mazerierenden Eigenschaft der Flüssigkeit, sowie von der lösenden Wirkung des schwach alkalischen Fruchtwassers, ohne sich zu verhehlen, daß damit nur wenig gesagt ist, und dabei viele eigentümliche Erscheinungen bei der sogenannten Mazeration — wie der manchmal rapide Verlauf, wie er von Ruge (1) beobachtet wurde, die rasche Veränderung der inneren Organe — unaufgeklärt bleiben. Bei der großen Verbreitung, die den Fermenten nach den neueren Forschungen zukommt, war es nun naheliegend, sich die Frage zu stellen, ob auch das Fruchtwasser enzymartige Wirkungen ausüben könne, die mit diesen Erscheinungen in Verbindung zu bringen wären. Es fanden sich nun in der gesamten mir zugänglichen Litteratur über die chemische Zusammensetzung des Fruchtwassers nirgends Angaben über das Vorkommen von Fermenten in demselben, und ich entschloß mich daher — zunächst ohne Rücksicht auf die Frage der Mazeration — zu der Untersuchung, ob sich einige von den Fermenten, denen sonst im Haushalte des menschlichen Organismus eine Wirksamkeit zukommt, im Fruchtwasser nachweisen ließen.

Als Material zu meinen Untersuchungen diente mir das Vorwasser, das unter bestimmten Kautelen durch künstlichen Blasensprung entleert und in sterile Gefäße aufgefangen wurde. Das mit oder nach der Frucht abgehende Fruchtwasser kam nicht zur Verwendung, da es fast regelmäßig Beimengungen von Blut enthielt. Für unsere Untersuchungen mußten solche Beimengungen vermieden werden, da das Serum bekanntlich Fermente enthält, und andererseits dem Blutserum in gewissen Konzentrationen auch allgemein fermenthemmende Wirkungen zugeschrieben werden, die das Ergebnis unserer Untersuchungen verändern könnten.

---

[9] Über epitheliale Geschwülste in Uterustumoren. Wiener med. Blätter 1882. p. 36.

Wegen der meist geringen Menge von Vorwasser konnte deshalb nicht in jedem einzelnen Falle die Untersuchung auf alle in Betracht kommende Fermente ausgedehnt werden. Die wenigen Fälle, in denen größere Quantitäten zur Verfügung standen, mußten für den Nachweis jener Fermente verwendet werden, deren Wirksamkeit nur in größerer Menge von Flüssigkeit erkannt wird. Eine Auswahl von Fällen wurde nicht vorgenommen, sondern die Amniosflüssigkeit in allen Fällen aufgehoben, in denen bei den strengen Grundsätzen der Klinik der künstliche Blasensprung für berechtigt angesehen wurde.

Sämtliche Untersuchungen wurden mit Zusatz von Toluol ausgeführt, da auch unter den vorsichtigsten Kautelen eine absolute Asepsis nicht zu erzielen ist; es beruht das zum Teil darauf, daß das Fruchtwasser den Vaginalkanal passieren muß. Außerdem sind bei den verschiedensten Manipulationen (Abteilen in kleine Portionen, Filtrieren etc.) gelegentliche bakterielle Verunreinigungen nicht zu vermeiden.

Ich werde nun im folgenden die Ergebnisse meiner Untersuchungen über die einzelnen Fermente mitteilen; als derzeit abgeschlossen kann ich meine Befunde nur für die eiweißlösenden und diastatischen Fermente bezeichnen, da für die anderen zu einem endgiltigen Resultat noch nicht genügende Untersuchungen vorgenommen wurden. In der Einteilung sowie Nomenklatur folge ich im allgemeinen der Oppenheimer'schen (2) Monographie.

I. Proteolytische (eiweißlösende) Fermente.

1) Pepsin.

Um dieses Ferment nachzuweisen, wurde folgende Methode angewendet: 10 ccm filtrierten neutralisierten Fruchtwassers wurden mit 10 ccm 1‰iger Salzsäurelösung gemischt und eine kleine Flocke frischen Fibrins eingelegt. Bei Bruttemperatur war die Flocke nach mehreren Stunden, bei Zimmertemperatur nach 12—16 Stunden nach vorheriger Quellung gelöst. Auch gekochtes Fibrin wurde bei Bruttemperatur gelöst. In der Flüssigkeit ließen sich nach 1—2 Stunden nach der Methode von Freund (3) Albumosen nachweisen.

Kontrollversuche mit gekochtem Fruchtwasser ergaben, daß eine Lösung des Fibrins in der angegebenen Zeit nicht stattfindet.

Eine noch einfachere Methode des Nachweises des Pepsins beruht auf der von Grützner (4) angegebenen Eigenschaft des Fibrins, das Pepsin aus neutraler oder schwach saurer Lösung an sich zu ziehen. Ich ließ eine kleine Fibrinflocke in der Kälte durch 6—10 Stunden in mit schwacher Essigsäurelösung etwas angesäuertem Fruchtwasser liegen. Hierauf wurde die sorgfältig ausgewaschene Flocke in $^1/_2$‰iger Salzsäure eingelegt. Nach einer halben Stunde gab die filtrierte Salzsäurelösung positive Reaktion mit Biuret- und Millonschem Reagens, und nach mehreren Stunden war die Flocke gelöst.

Fibrinflocken, die in gekochtem Fruchtwasser gelegen hatten, quellen bei sonst gleicher Behandlung, ohne sich zu lösen.

Ich konnte in allen untersuchten — d. i. 25 — Fruchtwässern Pepsin nachweisen.

2) Trypsin.

Der einwandsfreie Nachweis der tryptischen Verdauung ist oft ungemein schwer. Die wichtigste Forderung für den exakten Nachweis wäre vollkommenes Freibleiben von Bakterien, da durch Fäulniserscheinungen in den schwach alkalischen Flüssigkeiten leicht Verdauungsvorgänge vorgetäuscht werden. Zudem scheint gerade die tryptische Verdauung durch schwache Antiseptika ungünstig beeinflußt zu werden, so daß ein Ausbleiben der Verdauung bei Zusatz von Toluol oder Chloroform nicht als einwandsfrei gelten kann.

Es wurde — nach dem Vorgange von Sahli (5) — eine kleine Fibrinflocke in ein Gemisch von Fruchtwasser mit 1 %iger Sodalösung zu gleichen Teilen eingelegt und durch 24 Stunden im Brutschrank gelassen. Es konnte nun an den Enden der Flocke eine Abbröcklung, sowie eine leichte Trübung der Flüssigkeit wahrgenommen werden. Doch sah ich nie ein Fortschreiten der Auflösung und konnte ebenso wenig Spaltprodukte des Eiweißes nachweisen.

Auch die von Fermi (6) empfohlene Anwendung der Gelatine zum Nachweis des Trypsins führte zu einem negativen Resultat. Die Methode beruht darauf, daß beim Mischen einer Gelatinelösung mit der trypsinhaltenden Flüssigkeit ein Teil des in der Gelatine enthaltenen Leimes verdaut wird, und dadurch das Gemenge in der Kälte langsamer oder gar nicht mehr erstarrt. Bei meinen Versuchen mit Fruchtwasser änderte sich das Verhältnis nicht.

Die angewendeten Methoden gestatteten also nicht, im Fruchtwasser tryptisches Ferment nachzuweisen.

3. Autolyse.

In engster Beziehung zu den proteolytischen stehen die autolytischen Fermente, und es wäre naheliegend gewesen, daß in dem Fruchtwasser, ähnlich wie bei manchen Exsudaten, eine Autolyse besteht. Die Versuche wurden in der Weise ausgeführt, daß 200 ccm frisches, und gleichzeitig zur Kontrolle dieselbe Menge gekochten Fruchtwassers mit reichlicher Toluolmenge durch 22—30 Tage bei täglichem Umschütteln der Bruttemperatur ausgesetzt wurden. In beiden Lösungen wurden sodann nach der Methode von E. Ludwig (7) die koagulablen Eiweißstoffe zur Koagulation gebracht und abfiltriert. In den Filtraten wurde die Stickstoffbestimmung nach Kjeldahl vorgenommen. Eine Vermehrung des Stickstoffes im Filtrat der ungekochten Flüssigkeit würde gezeigt haben, daß ein Teil der Eiweißstoffe durch Autolyse verändert wurde.

In vier Versuchsreihen, in welchen je drei Stickstoffbestimmungen mit jeder Lösung vorgenommen wurden, ergab sich eine vollkommene

Übereinstimmung der Werte. **Wir konnten also eine Autolyse im Fruchtwasser nicht nachweisen.**

II. Koagulierende Fermente.

1) Labferment (Chymosin).

Ich setzte — nach Hammarsten (8) — zu 10 ccm ungekochter, amphoter reagierender Kuhmilch 2 ccm des filtrierten, mit schwacher Salzsäure neutralisierten Fruchtwassers und stellte die Flüssigkeit in den Brutofen. Es trat selbst nach einigen Stunden keine Gerinnung ein. Dasselbe Verhalten zeigte sich, wenn ich zur Milch die doppelte und dreifache Menge von Fruchtwasser zusetzte.

Ich konnte also das Chymosin im Fruchtwasser nicht nachweisen.

2) Fibrinferment.

Wenn auch Oppenheimer mit mehreren anderen das Fibrinferment nicht zu den Fermenten rechnet, so wollte ich doch der Vollständigkeit halber den Bericht über meine Versuche hier anreihen.

Das Fibrinferment ist dadurch charakterisiert, daß die fermentführende Flüssigkeit in fibrinogenhaltigen Lösungen — wozu sich nach Moro und Hamburger (9) Hydrokelenflüssigkeit eignet — Gerinnung hervorruft. Da mir nur zweimal geeignete Hydrokelenflüssigkeit zur Verfügung stand, konnte ich nur zweimal die Untersuchung anstellen.

Schon bei Zusatz von geringen Mengen von Fruchtwasser zeigten sich Gerinnungserscheinungen, indem sich nach einiger Zeit viscide Klümpchen bildeten. Wenn man beide Flüssigkeiten zu gleichen Teilen mischte, so zeigte sich nach mehreren Stunden entsprechend der oberen Hälfte des Reagensglases eine stehende glasige Gallerte.

Es war also in den beiden untersuchten Fällen Gerinnungsenzym nachweisbar.

III. Saccharifizierendes Ferment (Diastase).

Das Vermögen, Stärke in Zucker umzuwandeln, fand ich in allen (ca. 30) daraufhin untersuchten Fruchtwässern.

Um neben dem einfachen Fermentnachweise auch eine annähernde Schätzung der diastatischen Kraft des Fruchtwassers, die übrigens großen Schwankungen unterliegt, zu gewinnen, verwandte ich in Anlehnung an Wroblewsky (10) lösliche Stärke (Merck). Ich bereitete mir $^1/_2$%ige Lösung derselben, stellte darauf eine Reihe von Eprouvetten mit je 5 ccm Fruchtwasser und Stärkelösung in den Brutofen und entnahm zunächst jede viertel Stunde, dann jede halbe Stunde eine Eprouvette zur Prüfung. In einzelnen Fällen war schon nach einer Viertelstunde mit der Trommer'schen Probe deutliche Reduktion nachweisbar, die nach einer halben Stunde auch in den anderen Fällen ersichtlich war.

Mit Lugol'scher Lösung erhielt man nach einer halben Stunde eine dichte Rotfärbung, die schon nach einer Stunde sehr wenig intensiv war. Nach vier Stunden erzeugte Lugol'sche Lösung keine Färbung.

Unter dem Einflusse von gekochtem Fruchtwasser entstanden niemals reduzierende Substanzen; auch zeigte dann Zusatz von Lugol'scher Lösung nach 12 Stunden noch dichte Blaufärbung.

IV. Lipolytische Fermente.

Diesen kommt die Fähigkeit zu, Neutralfette in Fettsäuren und Glycerin zu spalten und dadurch in schwach alkalischer Lösung deren Emulsion herbeizuführen. Ich benutzte eine von Rachford (11) angegebene Methode. Ich gab in kleinen Probierröhrchen zu einer geringen Menge Fruchtwasser ungefähr die halbe Quantität neutral reagierenden Olivenöls, schüttelte einige Male langsam durch, ließ dann absetzen, worauf rasch eine Trennung beider Flüssigkeiten eintrat. Die Eprouvetten wurden dann der Bruttemperatur ausgesetzt. Es wurde nun von 5 zu 5 Minuten ein Tropfen des oben schwimmenden Öls mit der Öse entnommen und möglichst breitbasig einer $^1/_4$%igen Sodalösung zugesetzt. Tritt Fettspaltung ein, so erfolgt sofortige Emulgierung des zugesetzten Tropfens. Ich fand nun in 7 untersuchten Fällen viermal eine Emulgierung nach 10 bis 25 Minuten; dreimal fand eine Emulgierung nicht statt.

Salolspaltendes Ferment.

Ich behandle dieses Ferment mit Moro (12) im Anschlusse an das eben genannte. Überläßt man eine geringe Menge von Salol mit 20 ccm Fruchtwasser der Bruttemperatur, so kann man nach 24—48 Stunden die abgespaltene Salicylsäure mit Eisenchloridlösung deutlich nachweisen. Die salolspaltende Fähigkeit besaß auch das gekochte Fruchtwasser; doch schien der Prozeß langsamer vor sich zu gehen.

V. Oxydative Fermente.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, mich über die verschiedenen ungeklärten Fragen über Oxydationsvorgänge auszusprechen; auch konnten nicht alle Reaktionen, die auf Oxydasen angegeben wurden, auf das Fruchtwasser angewendet werden. Ich begnügte mich, die katalytische Wirkung auf Wasserstoffsuperoxyd sowie das Verhalten zu Salicylaldehyd zu prüfen; endlich wurde auf die den Oxydasen nahestehenden glykolytischen Fermente untersucht.

1) Katalyse.

Mischt man gleiche Teile von neutral reagierender 10%iger Wasserstoffsuperoxydlösung (aus Merck'scher 100%iger durch Verdünnung dargestellt) mit Fruchtwasser, so entsteht sofort lebhafte Gasentwicklung, deren Fortschreiten man im Smee'schen Kölbchen

gut verfolgen kann. In gekochtem Fruchtwasser ist die Gasentwicklung nur sehr gering und erreicht nie einen hohen Grad.

Das Fruchtwasser wirkt also katalytisch auf H_2O_2.

2) Echte Oxydase (Verhalten zu Salicylaldehyd).

Ich ließ ca. 200 ccm Fruchtwasser mit 1 ccm salicylfreiem Salicylaldehyd (Merck) 4—5 Tage im Brutschranke stehen und suchte nach dieser Zeit in der Flüssigkeit durch Oxydation entstandene Salicylsäure nachzuweisen. Ich ging dabei nach einem von Pfaundler (13) genau beschriebenen umständlichen Verfahren vor. Ich konnte in sechs untersuchten Fällen niemals Salicylsäure nachweisen.

3) Glykolyse.

Mischt man eine 1%ige Traubenzuckerlösung zu gleichen Teilen mit Fruchtwasser und läßt das Gemenge durch einige Tage im Brutschranke stehen, so bleibt — bei Ausschluß von Bakterienwirkung — der Zuckergehalt unverändert.

Wir sehen also, daß im Fruchtwasser eine Reihe von Fermenten vorkommt. Wir fanden in einer größeren Anzahl von Fällen Pepsin und Diastase, in einzelnen Fällen auch eine Lipase, das sog. salolspaltende Ferment, sowie ein dem Fibrinferment analoges Enzym.

Von großem Interesse ist nun die Frage nach der Herkunft dieser Fermente, die zum Teil vielleicht mit der Frage nach der Herkunft des Fruchtwassers überhaupt verquickt ist. Als denkbare Quellen kämen in Betracht: der kindliche Harn, das mütterliche und kindliche Blut[1].

Die Annahme, daß die Fermente mit dem kindlichen Urin dem Fruchtwasser beigemengt werden, ist von der Hand zu weisen. Der Urin der Erwachsenen enthält zwar regelmäßig — manchmal ziemlich reichlich — Diastase und Pepsin; über den Urin der Neugeborenen fand ich keine Angaben. Ich untersuchte nun in mehreren Fällen den sofort nach der Geburt entleerten Urin, der besonders bei Knaben leicht aufzufangen ist. Ich konnte nun darin in der Hälfte der Fälle gar keine, in den anderen Fällen nur eine äußerst schwach wirkende Amylase nachweisen, bei der die Umwandlung der Stärke nie über die Erythrodextrose hinaus beobachtet wurde. Pepsin konnte ich in drei untersuchten Fällen nicht nachweisen.

Es bleiben also als mögliche Quellen der Fermente das mütterliche und kindliche Blut. Im Serum der Erwachsenen sind nun dieselben Fermente gefunden worden, die wir im Fruchtwasser nach-

[1] Wenn auch der Parotisextrakt der Neugeborenen nach Zweifel (14) und Langendorf (15) Ptyalin enthält, so ist eine Speichelsekretion und Abfluß des Speichels ins Fruchtwasser nicht anzunehmen. Ist doch auch in den ersten Wochen nach der Geburt nach Korowin (16) die Speichelsekretion minimal. Diese Quelle kommt also für die Diastase im Fruchtwasser nicht in Betracht.

weisen. Diese Befunde ohne weiteres auf das kindliche Serum auszudehnen, ist nicht statthaft. Es ist bekannt, daß chemische Unterschiede in der Zusammensetzung beider Blutsorten bestehen, und Halban und Landsteiner (17) stellten für die den Fermenten nahestehenden Hämolysine fest, daß ihr Verhalten bei Mutter und Kind Differenzen aufweist. Es liegen nun in der Tat systematische Untersuchungen von Bial (18) vor, der im Serum von Neugeborenen und Föten die Diastase gar nicht oder nur in Spuren vorfand. Ich kann diese Angabe nach eigenen Untersuchungen an Nabelschnurblut vollständig bestätigen und konnte für das Pepsin dasselbe Verhalten finden. Es bleibt uns also nach dem Gesagten als wahrscheinliche Quelle für die Fermente im Fruchtwasser das mütterliche Blutserum.

Es wäre nun die Frage, ob wir die Fermente im Fruchtwasser als wertlose Nebenprodukte der Transsudation betrachten sollen, oder ob ihnen Funktionen zuzuschreiben wären. Diese Frage ist nach dem heutigen Stande unseres Wissens nicht zu entscheiden. Wir sind einerseits nicht über alle Funktionen der Fermente überhaupt unterrichtet, andererseits ist die Beziehung des Fruchtwassers zur Ernährung der Frucht noch nicht geklärt. Es ist feststehend, daß der Fötus große Mengen von Fruchtwasser verschluckt; nach Preyer (19) kommt dem vom Darmkanale aus resorbierten Fruchtwasser die wichtige Rolle eines Lösungsmittels der Stoffe für den Aufbau der Organe zu, und vielleicht ist in dieser Richtung die Funktion der Fermente zu suchen. Ich möchte hier an die Worte Escherich's (20) erinnern, die er bei der Besprechung der — teleologisch ebenfalls rätselhaften — Diastase der Frauenmilch äußerte: »Wir dürfen in diesen Fällen die Diastase nicht als Selbstzweck, sondern Beweis für die Anwesenheit fermentartiger Substanzen überhaupt ansehen, deren Entstehungsort und Bestimmung noch zu erforschen ist.«

Was nun die Veränderungen des in utero abgestorbenen Fötus anlangt, so ist den von uns gefundenen Fermenten eine Einwirkung auf diesen nicht zuzuschreiben. Fehlt doch gerade das in alkalischer Lösung wirksame eiweißlösende Enzym, dem eine Einwirkung am ehesten zuzumuten gewesen wäre. Allerdings müßten weitere Untersuchungen erst lehren, ob nicht im Fruchtwasser mazerierter Kinder durch die Beimengung des Mekoniums und andere Umstände der Gehalt an Enzymen verändert wird. Ich möchte jedoch darauf aufmerksam machen, daß bei der Mazeration die in den Organen selbst ruhenden, die sog. autolytischen Fermente, wie sie besonders von Salkowsky (21) und Jacobi (22) in den inneren Organen nachgewiesen wurden, eine Rolle spielen. Vielleicht läßt es sich so erklären, daß gerade die inneren Organe, die ja dem direkten Einfluß der Flüssigkeit entzogen sind, oft rascher postmortalen Veränderungen unterliegen als die äußere Haut. Vielleicht spricht auch für den Eiweißzerfall nach Art der Verdauung die Angabe von Köttnitz (23)

über Peptonurie bei Frauen, die abgestorbene Früchte bei sich tragen.

Ergebnisse.

1) **Das Fruchtwasser enthält Fermente, und zwar regelmäßig Diastase und Pepsin.**

2) **Dieselben Fermente enthält das Serum der Erwachsenen, während im Serum der Neugeborenen Diastase und Pepsin nicht oder nur in Spuren nachweisbar sind.**

3) Da diese Fermente im Fruchtwasser immer deutlich nachweisbar sind, so ist die Annahme naheliegend, daß sie aus dem mütterlichen Blutserum stammen.

4) Die gefundenen Fermente haben keinen Einfluß auf die Mazeration abgestorbener Früchte; bei den Veränderungen der inneren Organe scheinen autolytische Prozesse eine Rolle zu spielen.

Literatur.

1) Ruge, Der Foetus sanguinolentus. Zeitschrift f. Gynäkologie Bd. I.
2) Oppenheimer, Die Fermente. Berlin 1900.
3) Freund, Wiener klin. Rundschau 1898. Nr. 3.
4) Grützner, Münchener med. Wochenschrift 1887. Nr. 24.
5) Sahli, Pflüger's Archiv Bd. XXXVI. p. 224.
6) Fermi, Maly's Jahresbericht 1892. p. 592.
7) E. Ludwig, Wiener med. Jahrbücher 1884. p. 605.
8) Hammarsten, Lehrbuch der phys. Chemie. Wiesbaden 1899. p. 280.
9) Moro und Hamburger, Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 5.
10) Wroblewsky, Zeitschrift f. phys. Chemie Bd. XXIV.
11) Rachford, citiert nach Green, Die Enzyme. p. 227. Berlin 1901.
12) Moro, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1902.
13) Pfaundler, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1901. p. 327.
14) Zweifel, Untersuchungen über den Verdauungsapparat der Neugeborenen. Berlin 1874.
15) Langendorf, du Bois-Reymond's Archiv 1879.
16) Korowin, Zentralblatt der med. Wissenschaften 1873.
17) Halban, Wiener klin. Wochenschrift 1899. Nr. 24.
Halban und Landsteiner, Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 12.
18) Bial, Pflüger's Archiv Bd. LIII. p. 156.
19) Preyer, Physiologie des Fötus. Berlin 1885. Citiert nach Schroeder's Lehrbuch der Geburtshilfe. 12. Aufl.
20) Escherich, Wiener klin. Wochenschrift 1900. Nr. 5.
21) Salkowski, Zeitschrift für klin. Medizin 1890.
22) Jacobi, Zeitschrift f. phys. Chemie Bd. XXX u. XXXIII.
23) Köttnitz, Deutsche med. Wochenschrift 1888. Nr. 30.

III.

Zur Klarstellung.

In der Nr. 18 des Zentralblattes für Gynäkologie bringt Herr Dr. Klien eine Bemerkung über meine Veröffentlichung zur Behandlung der Uterusruptur, wobei er sich auf ein kurzes Referat der Diskussion in der geburtshilflichen Gesellschaft zu Leipzig bezieht, nicht aber auf die allein maßgebende Ver-

öffentlichung in Hegar's Beiträgen Bd. VII p. 1, in welcher ich schrieb, daß Klien »wohl in dem Referate der Fälle gewissenhaft angegeben, ob die Risse vom Autor als komplett oder als inkomplett bezeichnet wurden, aber bei der Berechnung seiner Statistik die letzteren Fälle nicht ausgeschieden habe«. Dies waren meine Worte, welche Klien nicht richtig findet. Klien's Zahlen, die ich referierte, lauten im Archiv für Gynäkologie Bd. LXII auf p. 262: »Von den 42 Drainagefällen heilten 35 = 83%, starben 7 = 17%«. Auf p. 282 lauten Klien's Worte: »Die zweite Kategorie von Fällen, 42 an der Zahl, ist mit Drainage der Rißstelle mittels Gummirohrs oder seltener Jodoformgaze behandelt worden, und ergab die absolut geringste Mortalität von 17%«. In diesen 42 Fällen der Klien'schen Berechnung waren 31 komplette und 11 inkomplette Uterusrupturen zusammengezogen, und um diese zweimal mit fetter Schrift hervorgehobene Zahl, 17%, dreht sich meine Erörterung. Gewiß kann man nach Klien's Angaben alles ausrechnen; aber in der Zahl — 17% — waren inkomplette und komplette Rupturen nicht ausgerechnet.

Ob unter diesen Umständen eine Korrektur meiner Worte von Seiten des Herrn Dr. Klien gerechtfertigt ist, mögen die Leser entscheiden. Zweifel.

Neue Bücher.

1) B. Rosinski (Königsberg i/Pr.). Die Syphilis in der Schwangerschaft.

Stuttgart, Ferdinand Enke, 1902.

Das Buch ist die erste deutsche Monographie über kongenitale Lues und wird deshalb von vornherein auf eine weitgehende Beachtung rechnen können. Es behandelt ein Thema von hervorragender praktischer, wissenschaftlicher und sozialer Bedeutung, das von allen Spezialzweigen der Medizin lebhaft diskutiert wird. Der Stoff ist trotz dessen spröde und außerordentlich schwierig zu behandeln. Wenig positiv Feststehendes, viel Vermutungen und Hypothesen, schroffe Gegensätze der hervorragendsten Forscher in fundamentalen Fragen, Mangel an ausreichendem, vergleichsfähigem und beweiskräftigem Material — das sind die schwachen Grundlagen, auf die heute noch eine Besprechung der fötalen Lues sich stützen muß.

Aber gerade wegen der vielen Fragezeichen, die im Kapitel der Syphilis zu finden sind, war eine zusammenfassende, klare und kritische Bearbeitung dieses speziellen Abschnittes schon lange erwünscht als Grundlage für weitere Forschungen, als Anregung zur Mitarbeit, zu der die Geburtshelfer in erster Linie berufen sind.

R. hat diese Aufgabe übernommen und mit außerordentlichem Geschick gelöst. Er hat an gutem Material in fast $1^1/_2$ Decennien reichliche Gelegenheit gehabt, Erfahrungen zu sammeln und sich

ein festes, selbständiges Urteil zu bilden. Er kann daher als fachmännischer Kritiker gelten.

Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung wird in eingehendster Weise die »Theorie der uterinen Übertragung« der Syphilis besprochen. Die spermatische Infektion, also die rein paterne Übertragung, wird für das weitaus Häufigste erklärt, die rein mütterliche Infektion durch eigene Fälle bewiesen, die germinativ-ovuläre anerkannt und die placentare Infektion als möglich zugegeben. Die gemischte Übertragung von Vater und Mutter zugleich ist mehr als zweifelhaft. Weiterhin werden das Colles'sche Gesetz und die Infektiosität des Spermas erörtert, wobei sich R. in scharfen Gegensatz zu Fournier setzt. Er erklärt den »Choc en retour« (die Retroinfektion der Mutter von dem spermatisch infizierten Fötus aus) für eine seltene Ausnahme und hält die Infektiosität des Spermas für eine nur bedingte (Kontaktinfektion in der kontagiösen Epoche). Es schließen sich an Betrachtungen über die latente und tardive konzeptionelle Syphilis und über Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz. Erschöpfend wird dann der Einfluß der elterlichen Syphilis auf die Frucht behandelt (direkte Folgen des Überganges des syphilitischen Virus, Syphilis congenita tarda, Profeta'sches Gesetz und seine Ausnahmen, parasyphilitische Krankheitsformen, kongenitale Mißbildungen). Den Schluß des ganzen Kapitels bildet die Untersuchung über die Bedingungen, unter denen die uterine Syphilisübertragung statthat. Das dritte Kapitel ist dem klinischen und pathologisch-anatomischen Symptomenbilde gewidmet. Hervorgehoben sei besonders die sorgfältige Behandlung der Placentarveränderungen. Eingehende Studien haben R. zu der Überzeugung gebracht, daß nur der Anteil (fötal oder mütterlich) der Placenta erkrankt, dessen zugehöriger Organismus (Kind oder Mutter) syphilitisch affiziert ist. Das letzte Kapitel handelt über Prognose und Therapie (vor der Konzeption, nach der Infektion in der Ehe, nach erfolgter Konzeption in der Ehe, in und nach der ersten Gravidität, Ammenfrage, Behandlung des syphilitischen Kindes).

Diese oberflächliche Inhaltsangabe kann nur unvollkommen den reichen Inhalt des Buches andeuten, dessen Gediegenheit durch eine gewandte Diktion und formvollendete Darstellung noch erhöht wird. Man merkt auf jeder Seite, wie sorgfältig R. den Stoff durchgearbeitet, wie sehr er es sich hat angelegen sein lassen, nicht nur wissenschaftlich, sondern auch klar, elegant und stilgerecht zu schreiben. Die eigenen Beobachtungen und Erfahrungen der Praxis sind in geschicktester Weise zwischen die theoretischen Deduktionen eingeflochten. Man liest das Buch ohne Ermüdung mit wachsendem Interesse und legt es mit der Überzeugung aus der Hand, daß wir ein grundlegendes Werk erhalten haben, welches den Ausgangspunkt für weitere Forschungen bilden wird. Der Verleger hat die Ausstattung vornehm gestaltet und eine besondere Sorgfalt auf die Reproduktion der zahlreichen und guten pathologisch-anatomischen Abbildungen verwendet.

Stoekel (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 20. Januar 1903.

Vorsitzender: Piskaček; Schriftführer: Regnier.

Piskaček: Nachruf für Prof. Sänger.

M. H.! Wie Ihnen bekannt, ist nach jahrelangem Leiden Max Sänger am 12. Januar in Prag gestorben. Mit ihm ist eine hervorragende Zierde der deutschen Gynäkologie aus dem Leben geschieden.

Sänger wurde im Jahre 1853 in Baireuth geboren. Nach Absolvierung der medizinischen Studien war er zunächst Assistent an der Lehrkanzel für pathologische Anatomie in Leipzig und wurde im Jahre 1878 klinischer Assistenzarzt bei Credé am altberühmten Trier'schen Institute. Im Jahre 1881 habilitierte sich Sänger als Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Nach dem Rücktritte Credé's ist Sänger bis zur definitiven Besetzung der Lehrkanzel mit deren Supplierung betraut gewesen. Hierauf nahm er seine selbständige privatärztliche und akademische Tätigkeit auf. Im Vereine mit einigen Kollegen anderer Spezialfächer errichtete Sänger in einem Miethause eine Poliklinik. Um aber auch ein liegendes Material zu haben und sich operativ betätigen zu können, adaptierte er ein von ihm erworbenes und, wie er sich auszudrücken pflegte, im geographischen Zentrum von Leipzig gelegenes Haus zu einer Privatklinik, auf die er mit Berechtigung stolz war. Hier entfaltete er eine rastlose Tätigkeit.

Im Jahre 1896 erfolgte seine Ernennung zum Extraordinarius und im Jahre 1897 wurde ihm für seine Bemühungen beim Gynäkologenkongresse in Leipzig über Vorschlag des Professorenkollegiums der Titel eines sächsischen Medizinalrates verliehen.

Trotzdem Sänger in Leipzig wissenschaftlich und sozial befriedigt und in materieller Hinsicht gesichert war, ist sein Bestreben auf die Erlangung eines Ordinariates gerichtet gewesen und nahm er im Jahre 1899 eine Berufung nach Prag an.

In seiner Antrittsvorlesung behandelte er die mechanische Desinfektion der Hände.

Doch nicht lange war es ihm gegönnt, auf der Stätte zu verbleiben, der er sein reiches Wissen sowie seine bedeutende Befähigung zu widmen die Absicht hatte.

Seine Umgebung mußte leider bald die Wahrnehmung machen, daß ein tiefes, unheilbares Leiden an seiner Gesundheit nage. Nun hat er sein kurzes, aber tatenreiches Leben beschlossen.

Sänger war ein universell gebildeter Arzt und ein universell gebildeter Mensch. Seine Arbeitskraft war erstaunlich. Er war ferner einer jener Spezialisten, die den kranken Menschen nicht nur vom spezialistischen, sondern auch vom allgemeinen Standpunkte behandelt wissen wollten. Seine Produktivität und Originalität in literarischer Beziehung ist Ihnen ja bekannt. Es gibt kaum ein Kapitel, zu dem er nicht Stellung genommen und worin er nicht mit der ihm oft eigenen Schärfe bahnbrechend gewirkt hätte. Sein Name wurde mit einem Schlage allgemein in der medizinischen Welt bekannt, als er im Jahre 1882 den alten klassischen Kaiserschnitt rehabilitiert hat. War es Porro vorbehalten, dem alten Kaiserschnitte seine Schrecken zu nehmen, so konnte Sänger beweisen, daß auch der konservative Kaiserschnitt, bei richtiger Ausführung, nicht mehr der gefährliche und gefürchtete Eingriff ist.

Er ging soweit, den konservativen Kaiserschnitt der Perforation der lebenden Frucht zu substituieren.

Den Besuchern der Gynäkologenkongresse ist Sänger als ein glänzender und scharfsinniger Debatter bekannt, und erinnere ich nur an den Gynäkologenkongreß in Wien, bei welchem ihm das Referat über Uterusrupturen übertragen wurde.

M. H.! Ich schließe diesen kurzen Lebensabriß Sänger's und teile Ihnen mit, daß ich namens unserer Gesellschaft der deutschen Frauenklinik in Prag das Beileid zum Ableben ihres Vorstandes zum Ausdruck gebracht habe, daß ferner namens unserer Gesellschaft ein Kranz auf den Sarg Sänger's niedergelegt wurde.

Nun bitte ich Sie, zum Zeichen der Trauer und zur Ehrung Sänger's sich von den Sitzen zu erheben.

Piskaček übergibt hierauf dem neugewählten Vorsitzenden, E. Wertheim, den Vorsitz und dankt der Gesellschaft für das ihm während des abgelaufenen Vereinsjahres bezeugte Vertrauen.

Wertheim: Indem ich den Vorsitz übernehme, erlaube ich mir, Ihnen für die Ehre, welche Sie mir durch die Wahl zum Vorsitzenden erwiesen haben, bestens zu danken und hoffe ich, daß es mir gelingen werde, das in mich gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen. Bevor wir in die Tagesordnung eingehen, möchte ich mir erlauben, dem abtretenden Vorstande, und speziell Herrn Piskaček den Dank der Gesellschaft für die Führung und Leitung der Geschäfte zu beantragen.

I. O. Bürger: Demonstration eines Kindes mit intra-uterinen Verletzungen.

Ich möchte mir erlauben, Ihnen ein 13 Tage altes Kind zu demonstrieren, welches am 7. Januar d. J. in unserer Klinik geboren wurde und angeborenerweise höchst merkwürdige Veränderungen an mehreren Stellen der Haut aufweist. Das Kind zeigt eine ganz normale Entwicklung entsprechend dem normalen Schwangerschaftsende; es war 2800 g schwer und 48 cm lang.

In der Kopfhaut, ungefähr korrespondierend der Sagittalnaht, findet sich, ca. 1 cm vor der großen Fontanelle beginnend, nach hinten ziehend und 3 cm vor der Hinterhauptsschuppe nach rechts und links sich in zwei Schenkel spaltend, eine narbenartige Veränderung, welche 4 mm breit ist und in der Länge 9 cm mißt. Dieselbe ist derart geformt, daß eine mediane, rinnenartige Vertiefung von dunkler Farbe von zwei parallel laufenden Längswülsten umgeben ist, die sich derb anfühlen. Diese Qualität besitzt das Gebilde nur im vorderen Anteile; nach rückwärts, wo es sich in die genannten zwei Schenkel spaltet, wird die Form eine unregelmäßige, der linke Schenkel stellt eine Andeutung der vorerwähnten Rinne dar, während der rechte, viel breiter und länger, den Eindruck einer unregelmäßig gestalteten, strahlenförmig verzogenen Narbe macht, die unmittelbar nach der Geburt des Kindes mit einer schwarzroten Borke belegt war. Die Haut ist allenthalben über dem Knochen verschieblich. Die große Fontanelle ist regelmäßig gestaltet, die Knochenränder normal. Der die Sagittalnaht begrenzende Rand des rechten Scheitelbeines zeigt eine unregelmäßig zackige Kontur. Das rechte Scheitelbein war über das linke verschoben. Nach hinten zu, rückwärts von den zwei Narbenschenkeln, verbreitert sich die Sagittalnaht und geht in die kleine Fontanelle über, welche relativ etwas weiter nach hinten liegt. Die beiden Scheitelbeine, welche seitlich über das Hinterhauptsbein verschoben waren, zeigen gleichfalls unregelmäßig zackige Ränder.

Am linken Knie, über der größten Prominenz des Gelenkes, vollständig verschieblich über dem Knochen, findet sich eine unregelmäßig gestaltete, ca. hellergroße Hautveränderung, welche im mittleren Anteile die Haut membranartig verdünnt zeigte und strahlige Ränder besitzt. Das Gelenk hat vollkommen freie aktive und passive Beweglichkeit. Am rechten Knie korrespodierend, eine unregelmäßige weiße, sehnig glänzende Narbe. Am rechten Ellbogen, entsprechend der größten Prominenz des Gelenkes eine quer gestellte, ca. $1/2$ cm lange, 5 mm breite, narbenartige Hautveränderung, wie über dem linken Knie. Am linken Ellbogen eine gleich situierte, schmale Narbe, welche dem Aussehen nach jener über dem rechten Knie vollkommen entspricht.

Diese Veränderungen sind jedenfalls als Ausdruck mehrerer während des

intra-uterinen Lebens entstandener und narbig ausgeheilter Kontinuitätstrennungen der Haut aufzufassen und kämen als ätiologisches Moment für die Entstehung derselben zwei Möglichkeiten in Betracht: Entweder bestanden abnorme Verwachsungen einzelner Teile der Körperoberfläche mit dem Amnion in Form der sog. Simonart'schen Bänder oder es handelt sich um intra-uterine Verletzungen durch eine von außen einwirkende plötzliche Gewalt, und zwar entweder der knöchernen Anteile mit sekundärer Beteiligung der Haut, oder um eine Verletzung der Haut als solcher. Diese Frage ist gewiß nicht sicher zu entscheiden. Trotzdem möchte ich zur näheren Beleuchtung des Falles einige Daten aus der Geburtsgeschichte anführen: Die Mutter hatte Ende März v. J. die letzte Menstruation gehabt. In der zweiten Hälfte des Monates Juli, zu einer Zeit, wo sie demnach 4 Monate gravid war, glitt sie nun angeblich aus und fiel über einige Stufen nach abwärts direkt auf den Bauch. Sie verspürte durch $^1/_2$ Stunde hindurch heftige Schmerzen im Unterleibe, ohne jedoch äußerlich irgend eine Verletzung oder sonstige Schädigung erlitten zu haben. — Die Anamnese und Untersuchung von Mutter und Kind auf Lues fiel negativ aus. — Als nun $^1/_4$ Stunde nach der Geburt des Kindes die Placenta spontan ausgestoßen wurde, deklarierte sich das Kind als ein überlebender Zwilling, denn an der Placenta fand sich ein Foetus papyraceus. Die Placenta (Demonstration) ist 650 g schwer, hat Durchmesser von 18×22 cm, exzentrische Insertion der Nabelschnur, welche in ihrer ganzen Länge nur 28 cm mißt. Am entgegengesetzten Placentarrande findet sich nun in eigener Amnionhöhle der mumifizierte Fötus, ca. 16 cm lang, also einer Schwangerschaftsdauer von 4 Lunarmonaten entsprechend. Die Nabelschnur desselben konnte ich nur in ihrem fötalen Anteile auffinden; dieselbe wies keine wesentliche Torsion auf. Es sind eineiige Zwillinge, denn als Scheidewand finden sich nur die beiden Amnionblätter; eine Teilung der Placenta ist nirgends zu bemerken und die Injektion der Gefäße von den Nabelschnurarterien des reifen Kindes aus ergab, daß sich diese über das ganze Gebiet der Placenta erstrecken und auch jene Teile, welche der zweiten Frucht hätten entsprechen können, die aber durchaus nicht atrophisch sind, gleichmäßig versorgen.

Von abnormen Strängen, Verwachsungen oder Bändern war nirgends etwas zu sehen. Die Fruchtwassermenge war eine annähernd normale, weder auffallend verringert noch vermehrt.

Eine genauere Untersuchung des Foetus papyraceus, namentlich seiner inneren Organe und des Herzens, schien mir bei dem stark konsumierten Zustande desselben wenig aussichtsvoll.

Wenn ich nun auf die beiden Erklärungsmöglichkeiten für die Narben zurückkomme, so spricht zunächst gegen die Entstehung derselben aus amniotischen Verwachsungen das Fehlen jeglicher Reste solcher an Placenta, Eihäuten und dem Kinde, ferner das Fehlen von Oligohydramnie als begünstigendes Moment für deren Zustandekommen und schließlich auch der Umstand, daß sich die Veränderungen an dem Kinde ausschließlich auf die Haut beziehen, während wir sonst bei Annahme von abnormen amniotischen Verwachsungen fast regelmäßig tiefergreifende Veränderungen und Mißbildungen zu sehen gewohnt sind. Allerdings muß auch die Annahme eines Traumas als verursachendes Moment — ein solches hat ja in unserem Falle tatsächlich stattgefunden — mit großer Reserve aufgenommen werden, wenn auch viel dafür spricht.

Die Narben an dem Kinde sind jedenfalls mehrere Monate alt und ihrer Lage nach so verteilt, daß sie gerade die prominentesten Punkte der in utero zusammengekauerten Frucht betreffen. Es wäre nun ganz gut denkbar, daß bei Einwirkung eines plötzlichen Traumas von außen, wobei vielleicht die abnorme Kürze der Nabelschnur mitspielte, die zu so früher Zeit noch sehr wenig widerstandsfähige Haut des Fötus gerade an jenen Stellen abnorm gespannt wurde, einriß, und die Trennungslinien später sich narbig vereinigten. Gleichzeitig hätte auch der weniger begünstigte Zwilling vielleicht durch dieses Trauma zugrunde gehen können, da seine Entwicklung ungefähr dem Zeitpunkte des Sturzes entspricht. —

Ein sekundäres Absterben des Fötus nach der Schatz'schen Theorie in unserem Falle anzunehmen ist nicht wahrscheinlich, da das lebende Kind zur Zeit der Geburt wenigstens kein Polyhydramniote war.

Für unseren Fall scheint also doch vielleicht das stattgehabte Trauma als verursachendes Moment etwas mehr Wahrscheinlichkeit zu haben. Es sind ja auch Fälle von intra-uterinen Verletzungen ohne penetrierende Wunden oder Quetschungen der mütterlichen Teile bekannt, wenn auch selten bewiesen. So wird ihre Entstehungsmöglichkeit im Pitha-Billroth'schen Handbuche der Chirurgie als sicher hingestellt. Auch Abele erwähnt einen Fall, in welchem eine Gravide von einer Kuh niedergestoßen und auf den Bauch getreten wurde, ohne selbst Verletzungen zu erleiden. Das nach einigen Monaten geborene Kind zeigte an der Stirne eine 1 Zoll lange, klaffende, eitrig belegte Hautwunde. Der Autor nimmt an, daß durch den Fall der Kopf des Fötus gegen die Beckenapertur gestoßen wurde, wodurch eine starke Quetschung der Kopfhaut mit späterem, brandartigem Absterben erfolgt sei. Auch v. Hofmann fand bei einer sechsmonatlichen Frucht einer Schwangeren, die sich herabgestürzt hatte, einen suffundierten Hautriß hinter dem Ohre und andere Hautverletzungen. Paul sah einen vollständigen Querriß der Bauchwand bei einem reifen Kinde, dessen Mutter 2 Tage vor der Entbindung von einer Treppe heruntergefallen war. Dietrich beschreibt bei einem Kinde, welches 16 Tage nach einem Sturze der Mutter über eine Stiege geboren wurde, auf beiden Stirnbeinhöckern eine in Vernarbung begriffene Wunde. v. Hofmann neigt sich allerdings mehr der Ansicht zu, daß es sich in solchen Fällen um angeborene Defekte der Haut durch Anlötung entstanden handelt. An anderer Stelle erwähnt er auch, daß bei einem reifen Kinde die Haut nicht leicht platze, im Gegenteil Verletzungen der Knochen entstünden. In einem so frühen Stadium der intra-uterinen Entwicklung jedoch wäre es immerhin ganz gut denkbar, daß gerade nur die wenig resistente Haut platzt.

Von ähnlichen Fällen wie unseren konnte ich jedoch nur einen in der Literatur finden. Im Jahre 1894 stellte Hochstetter in der Berliner gynäkologischen Gesellschaft ein 3 Tage altes Kind vor, welches an der Bauchhaut verschiedene strahlige Narben aufwies und an dessen Placenta sich auch ein Foetus papyraceus fand. Auch in diesem Falle lag ein Trauma — Sturz von einer Treppe — vor.

Unter unserem Materiale von über 36000 Geburten, welches ich bei anderer Gelegenheit in dieser Richtung durchprüfte, konnte ich keinen ähnlichen Fall finden.

Trotzdem in unserem Falle mehr Momente für die Annahme eines Traumas als ätiologisches Moment sprechen, glaube ich, daß man dies doch nicht als sicher hinstellen kann und möchte vielleicht die Herren mit größerer persönlicher Erfahrung bitten, ihre Ansicht über die Erklärungsmöglichkeit dieses Falles zu äußern.

Diskussion. G. Braun: Ich muß um Entschuldigung bitten, daß ich den Ausführungen des Vorredners nicht ganz zustimmen kann, denn ich halte das für eine einfache spontane Amputation der Haut durch Simonart'sche Bänder. Wir haben schon hier Gelegenheit gehabt, mehrere solcher Fälle zu demonstrieren, teils wo noch Reste von Simonart'schen Bänder vorhanden waren, teils ohne dieselben. Im Museum der III. geburtshilflichen Klinik befindet sich das Präparat eines Schädels, bei dem an Stelle der kleinen Fontanelle ein 20hellergroßes Stück durch Simonart'sche Bänder wie ausgeschnitten zu sehen ist. Endlich findet sich auch von Hennig die Moulage eines neugeborenen Kindes, an dem ganz ähnliche Veränderungen zu finden waren und wo damals auch die Reste von Simonart'schen Bändern gefunden wurden. Ich kann mir nicht vorstellen, daß im vorliegenden Falle die Verletzungen durch ein Trauma entstanden seien.

Chrobak: Auch ich möchte mich der Meinung des Vorredners anschließen. Man kann als Ursache ein Trauma nicht ganz abweisen, aber es spricht vieles dagegen, besonders die Multiplizität der Verletzungen. Ahlfeld hat in der Fest-

schrift der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie eine Zeichnung gegeben, welche das Zustandekommen solcher Hautdefekte gut erklären würde. Für die Annahme der Simonart'schen Bänder würde auch die Kürze der Nabelschnur zu verwenden sein, wenn auch über die Menge des Fruchtwassers nichts Sicheres bekannt ist.

Hübl: Ich habe die Moulage von dem Falle, den G. Braun erwähnte, herübergeholt und zeige sie Ihnen hier. Wir haben den Hautdefekt als durch Simonart'sche Bänder entstanden aufgefaßt und konnten nicht in Erfahrung bringen, daß ein Trauma stattgefunden hätte.

Haberda: Ich möchte Hübl fragen, ob er etwas über das weitere Schicksal des Kindes weiß? Es ist dies kein ganz analoger Fall mit dem von Bürger. Mir ist es nicht bekannt, daß solche angeborene Defekte durch Narben ausheilen könnten; es fehlt dazu Bildungsmaterial, die Cutis, und eine so schmale Narbe wie bei dem demonstrierten Kinde ist etwas auffällig. Man kann also ein Trauma nicht ganz ausschließen, die Multiplizität hat nichts zu sagen. Wenn ein Trauma so früh einwirkt, wo die Haut noch nicht elastisch ist, da kann ich mir ganz gut vorstellen, daß bei der Dünnheit der Haut eine solche Verletzung ganz gut möglich wäre; die Narbe kann mitgewachsen sein. Daß das Scheitelbein jetzt zackige Ränder aufweist, hat nicht viel zu sagen, da die Verletzung im 4. Monate entstanden ist. So ohne weiteres kann man hier die Möglichkeit des traumatischen Effektes nicht ganz ausschließen, besonders wenn man berücksichtigt, daß um diese Zeit die andere Frucht abgestorben ist, wo das Trauma eingewirkt hat. Wir haben als Gerichtsärzte öfters solche Frauen zu untersuchen, die schwere Traumen erlitten. In zwei Fällen handelte es sich um vorgeschrittene Schwangerschaft; in dem einen Falle um siebenmonatliche Gravidität, wo die Frau von einer bedeutenden Höhe herabstürzte, in dem anderen, wo sie von einem Transmissionsriemen erfaßt und an die Wand geschleudert wurde; da war von einer intra-uterinen Verletzung nichts zu sehen. In einem anderen Falle kam es zu Blutungen in der Uteruswand, die Frucht blieb aber vollständig intakt. Das waren aber Früchte aus dem 7. Monate, wo die Haut derselben anders geartet ist. Aber ein Ausheilen von solchen angeborenen Defekten in der Haut, daß solche Narben zurückbleiben, wie in dem demonstrierten Falle, ist nicht ohne weiteres begreiflich.

Hübl: Über das weitere Schicksal der Frucht weiß ich leider nichts; ich glaube aber, daß dieser Defekt nicht ausgeheilt ist, weil er groß ist; wäre er kleiner, so würde eventuell eine Narbe zustande gekommen sein.

Haberda: Selbst die kleinsten angeborenen Defekte heilen nicht aus, da das Material dazu fehlt, die Cutis fehlt ja an diesen Stellen.

Bürger: Ich habe ausdrücklich die Annahme eines Traumas nicht als sicher hingestellt; andererseits glaube ich, daß in den angeführten Fällen ein Trauma gefehlt habe. Durch Gegeneinanderabschätzen der einzelnen Symptome in unserem Falle würde die Annahme eines Trauma als das ätiologische Moment mehr Wahrscheinlichkeit für sich haben.

II. E. Knauer: Über einige seltenere Fälle von Gebärmutterzerreißung.

Vortr. bespricht zunächst unter Vorweisung des entsprechenden Präparates einen Fall von Gebärmutterzerreißung, welcher sowohl in ätiologischer Hinsicht, als auch mit Rücksicht auf den anatomischen Befund und ganz besonders hinsichtlich der Mechanik der Zerreißung Interesse verdient.

Es handelt sich um eine spontane, unter der Geburt zustande gekommene Zerreißung im Bereiche des Dehnungsabschnittes, welche bei sonst annähernd normal weitem Becken, infolge eines räumlichen Mißverhältnisses entstand, welches durch ein extraperitoneal in der Pfannengegend der Beckenwand angelagertes Lymphdrüsenpaket verkäster tuberkulöser Drüsen veranlaßt war.

Der Riß war ein die linke Seitenwand betreffender Längsriß des unteren Uterinsegmentes, der 3 cm oberhalb des äußeren Muttermundes beginnend, bis in den untersten Anteil der Korpusmuskulatur reichte, jedoch nur die äußeren

Muskelschichten bis in eine gewisse Tiefe betraf, die deciduale Innenfläche des Dehnungsabschnittes aber vollkommen unversehrt ließ, so daß sich die Innenwand des Uterus, sowohl bei der Austastung, als auch am anatomischen Präparate allenthalben vollkommen intakt erwies.

Im Lig. latum der linken Seite führte der Riß zur Bildung eines etwa kindskopfgroßen Hämatoms, welches die Blätter desselben weit entfaltete und auch an der vorderen Fläche des Uterus das locker haftende Peritoneum bis zum rechten Lig. rotundum abhob. Retroperitoneal reichte die Blutung rechts bis zur Niere, links bis zur Milz hinauf. An der Grenze des Hämatoms und gleichzeitig der Grenze der lockeren Haftung des Peritoneums am Uterus befand sich in der Mitte, in der Gegend der Symphyse, ein quergestellter, 3—4 cm breiter Lappenriß im Peritoneum, durch welchen das Hämatom mit der freien Bauchhöhle kommunizierte. In der Bauchhöhle fand sich jedoch nur an der Rißstelle im Peritoneum etwa eine halbe Hand voll koagulierten Blutes, sonst kein größerer Bluterguß in der freien Bauchhöhle.

Nach Ansicht des Vortr. muß der Riß so zustande gekommen sein, daß die infolge des bestehenden Hindernisses überdehnten Muskelfasern des unteren Uterinsegmentes isoliert einrissen, ohne daß sich der Riß bis ins Uteruscavum hinein fortgesetzt hätte und ohne daß das Peritoneum im Bereiche des Muskelrisses zerrissen wäre, was wohl dadurch bedingt war, daß es sich um locker haftendes Peritoneum handelte.

Bei der Muskelzerreißung kam es auch zu einer Gefäßverletzung, welche die Entwicklung des großen Hämatoms nach sich zog, über welchem das Peritoneum, entweder infolge der Spannung durch den Bluterguß oder vielleicht auch unter der Einwirkung des Geburtstraumas zum Platzen gebracht wurde.

Die Richtigkeit dieser Vorstellung wird vom Vortr. durch eine Reihe von Beweismomenten gestützt.

Sehr wichtig ist die Auffassung über den Vorgang bei der Zerreißung des in Frage stehenden Falles für die Mechanik der Gebärmutterzerreißungen im allgemeinen, da mit dieser Beobachtung der Beweis geliefert wird, daß die Zerreißungen nicht nur nach der gangbaren Vorstellung von der inneren oder von der äußeren Oberfläche her beginnen müssen, sondern daß die Zerreißung auch so erfolgen könne, daß die Muskelfasern im Innern der Wand der Dehnungszone zuerst zerreißen, worauf sich der Riß erst bei weiter andauernder Dehnung nach innen (uterushöhlenwärts) oder nach außen (serosawärts) oder nach beiden Seiten fortsetzt.

Diese Mechanik der Zerreißung erscheint dem Vortr. namentlich in jenen Fällen plausibel, bei welchen es infolge einer ungleichmäßigen Dehnung des Dehnungsabschnittes, z. B. bei abgewichenem Kopfe, zu starker Ausbuchtung der einen Seite kommt, indem die äußeren, serosawärts liegenden Muskelfasern, da sie stärker gedehnt sind als die zentraler gelegenen, auch eher als die letzteren einreißen werden.

Der Vortr. glaubt deshalb auch annehmen zu müssen, daß sich die geschilderte Mechanik tatsächlich viel häufiger abspiele, als nach einer vereinzelten Beobachtung geschlossen werden könnte, da die Risse ja gewöhnlich sich weiter ausbreitend zu inneren inkompletten oder auch kompletten Rissen führen müssen und ein Urteil über die Mechanik der Zerreißung, wenn ein inkompletter oder kompletter Riß vorliegt, gewöhnlich nicht mehr möglich ist.

2) K. zeigt ferner unter Hinweis auf das seltene Vorkommen der äußeren unvollständigen Rupturen (Brennecke, Spiegelberg), Fissura uteri peritonealis Sänger), drei derartige Fälle von äußerer inkompletter Ruptur, welche in der Klinik Chrobak beobachtet wurden.

In dem zuletzt im Sommer 1902 beobachteten Falle einer vorzeitigen Placentalösung handelte es sich um einige Millimeter bis mehrere Centimeter lange Risse an der hinteren Wand des Uterusfundus links hinten oben, von denen einer,

der größte, $5^1/_2$ cm lange und bis auf 12 mm klaffende Riß das Perimetrium und die Muskularis des Uterus, die übrigen bloß das Perimetrium betrafen. Von dem in die Muskulatur sich erstreckenden Risse aus fand eine beträchtliche Blutung in die Bauchhöhle statt, welche den letalen Ausgang herbeigeführt hat.

Bei dem zweiten Falle, einer im Jahre 1895 beobachteten vorzeitigen Placentalösung, sah man an der Hinterfläche des Uterusfundus die Serosa an zahlreichen 1—2 mm langen und einzelnen bis 2 cm langen Stellen auseinander gewichen, und lag an den längeren Distanzen blutig suffundierte Muskulatur bloß.

Beim dritten Falle, auch einer vorzeitigen Placentalösung aus dem Jahre 1900, zeigte der Uterus an seiner hinteren Fläche zwei parallele, bis auf $^1/_2$ cm klaffende oberflächliche Risse von 5 und $4^1/_2$ cm Länge, unter welchen die Muskulatur frei von Blutungen war.

Alle drei Fälle verliefen letal, jedoch nur der erste infolge der peritonealen Fissur, welche zu einer stärkeren Blutung in die Bauchhöhle Veranlassung gab, die beiden anderen infolge des durch die vorzeitige Placentalösung bedingten Blutverlustes.

Als besonders bemerkenswert hebt der Vortr. das wiederholte Auftreten dieser äußeren unvollständigen Rupturen bei vorzeitiger Placentalösung hervor und glaubt annehmen zu müssen, daß ein ätiologischer Zusammenhang zwischen diesen beiden Ereignissen bestehe.

Als Ursache für das Zustandekommen der Risse nimmt er die plötzliche starke Ausdehnung des Uterus an, welche bei vorzeitiger Placentalösung durch die in die Uterushöhle erfolgende Blutung herbeigeführt wird, ohne auf die Frage einzugehen, ob nicht auch bei der vorzeitigen Placentalösung bestehende anatomische Gewebsveränderungen des Uterus eine Rolle dabei spielen. Vortr. behält sich vor, dies bei anderer Gelegenheit zu erörtern.

Von praktischer Bedeutung seien die peritonealen Fissuren nur dann, wenn sie auch die Muskulatur betreffen und zu inneren Blutungen Veranlassung geben, man wird daher gerade bei vorzeitiger Placentalösung, wenn sich der Grad der Anämie aus dem Blutverluste nicht erklären läßt, an das Vorhandensein eines solchen Risses denken und sein Handeln danach einrichten müssen.

(Erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

III. Blau berichtet aus der Klinik Chrobak über 12 Fälle von Erweiterung der Cervix resp. des Muttermundes mit dem Dilatatorium von Bossi.

Dasselbe wurde in folgenden Fällen angewendet:

3mal bei Eklampsie;

2mal bei heftiger Blutung infolge vorzeitiger Placentalösung;

4mal bei drohender Uterusruptur und wenig erweitertem Muttermunde;

3mal bei Fieber und Schüttelfrösten.

Die Dilatation erfolgte in 4 Fällen bei noch bestehendem (1—3 cm langem) Cervicalkanal, während in den übrigen Fällen der Cervicalkanal bereits verstrichen, der Muttermund aber noch wenig erweitert und dicksaumig war. (Da es sich darum handelte, das Bossi'sche Instrument zu erproben, war es auch in letzteren Fällen zur Anwendung gelangt, in denen ja auch durch einfache Hysterostomatomie sofort die zur Entbindung nötige Erweiterung hätte erzielt werden können.)

Zweimal wurde der Cervicalkanal nur auf zwei Fingerbreite — zur Ausführung der kombinierten Wendung — dilatiert; in den übrigen Fällen konnte der Dilatation die entbindende Operation (fünfmal atypischer Forceps, fünfmal Kraniotomie) direkt angeschlossen werden.

Bei noch nicht verstrichenem Cervicalkanal wird man die vollkommene Dilatation mit Anschluß der Extraktion nur nach den strengsten Indikationen vornehmen dürfen. Denn wenn auch bei der vollkommenen Dilatation des Cervicalkanales Einrisse nicht direkt durch die Einwirkung des Instrumentes entstanden sind, so besteht doch die Gefahr, bei der entbindenden Operation den immerhin nur künstlich erweiterten Cervicalkanal — es handelt sich ja nie um ein wirk-

liches Verstreichen, sondern nur um eine Dilatation! —, der die Tendenz hat, sich wieder zusammenzuziehen, einzureißen.

Diese Gefahr ist geringer bei Extraktion der Frucht mittels Forceps oder Kranioklasten, wesentlich größer bei der der Wendung folgenden Extraktion der Frucht am Beckenende. Bossi selbst bezeichnet ja als das »typische Verfahren« nach der Dilatation die Anwendung der Zange, da bei der der Wendung folgenden Extraktion — bis es zum Durchtritte des Schädels kommt — der Muttermund resp. der Cervicalkanal sich schon wieder zusammengezogen haben kann.

In zwei Fällen entstanden Verletzungen durch direkte Einwirkung des dilatierenden Instrumentes:

In dem einen Falle mehrere ganz seichte Einrisse des Muttermundes bei Dilatation von 2 cm auf $8^1/_2$ cm (binnen 10 Minuten), im zweiten Falle ein 2 cm langer, nicht tiefer Cervixriß bei Dilatation des 3 cm langen, für einen Finger durchgängigen Cervicalkanales von 2 auf $4^1/_2$ cm (binnen 10 Minuten).

Die Möglichkeit der Entstehung von Verletzungen muß also zugegeben werden.

Sie ist dadurch bedingt, daß die Dilatation — bei stärkerer Öffnung des Instrumentes — infolge der großen Distanz zwischen den Angriffspunkten der dilatierenden Branchen und Schmalheit der Hülsen doch keine genügend gleichmäßige ist (wie dies auch Rissmann, Knapp, Kaiser hervorheben).

Es wurden deshalb in der Klinik Chrobak in letzter Zeit Metallhülsen verwendet, welche sich von den Bossi'schen dadurch unterscheiden, daß sie breiter und länger sind als letztere, nicht so scharfkantig und an ihrem oberen Ende nicht rechtwinklig abgeknickt mit scharfrandiger horizontaler Platte, sondern leicht nach auswärts gekrümmt, mit abgerundetem Ende.

Im ganzen hat das Instrument von Bossi gute Dienste geleistet, indem es tatsächlich gelang, die Geburt mit gewünschter Schnelligkeit zu beenden.

Bei verstrichener Cervix erwies sich das Verfahren als ungefährlich, indem wesentliche Verletzungen in keinem Falle entstanden sind.

Bei noch erhaltenem Cervicalkanale sind Verletzungen wohl möglich, durch entsprechende Modifikationen des Instrumentes aber vielleicht zu vermeiden.

Nach den Erfahrungen, die mit dem Instrumente in der Klinik Chrobak gemacht wurden, verdient dasselbe nicht, gänzlich zurückgewiesen zu werden, sondern es sind weitere Versuche gerechtfertigt.

Daß das Instrument bei Eklampsie und erhaltenem Cervicalkanale sehr gute Dienste leisten kann, darf wohl schon heute behauptet werden.

Neueste Literatur.

3) Archiv für Gynäkologie Bd. LXVIII. Hft. 1.

1) H. v. Bardeleben. Beitrag zur geburtshilflichen, gynäkologischen und entwicklungsgeschichtlichen Bedeutung des Anus anomalus vulvo-vaginalis.

Über die Bedeutung dieser seltenen Anomalie können nur Beobachtungen an Erwachsenen entscheiden. Verf. bietet uns eine Zusammenstellung von 30 Fällen aus der Literatur und kann einen eigenen aus der Charite-Poliklinik hinzufügen. Eine 31jährige Primipara mit Anus vulvo-vaginalis und in der Beckenenge quer verengtem Becken, an dem das Steißbein und der letzte Kreuzbeinwirbel fehlte, wurde mittels Forceps entbunden. Trotzdem blieb das dünne Septum recto-vaginale erhalten, verlief das Wochenbett normal. In der Folge zeigte sich Descensus der Scheidenwände. — In geburtshilflicher Beziehung stellt Verf. fest, daß der Anus anomalus vulvo-vaginalis kein Hindernis für Kohabitation und Konzeption ist. Auch die Geburtsprognose ist keine schlechtere als unter normalen Verhältnissen. Es scheint allerdings, daß durch die fehlende Dammstütze der Entstehung von Senkungen Vorschub geleistet wird. Interessant ist das Faktum, daß mit dem

Anus anomalus zugleich Bildungsdefekte des Kreuz- und Steißbeines vorkommen, wie in dem beobachteten Falle, obgleich viel seltener als bei Atresia ani. Unter fünf publizierten Geburten bei Anus anomalus fanden sich zweimal Abweichungen von der Norm am Becken, die, wie der beschriebene Fall und ein anderer von Piering beweisen, auch dann eintreten, wenn nur ein oder zwei Kreuzbeinwirbel fehlen. Der Zusammenhang der Bildungsanomalie an den Weichteilen und am Knochen ist unklar, vielleicht haben beide ein und dieselbe Ursache. — In gynäkologischer Hinsicht muß die Abnormität als bedeutungslos betrachtet werden, wenn sie keine Beschwerden verursacht, wenn der Anus vulvo-vaginalis genügend weit, dehnbar und schlußfähig ist. Bei geringem Verengerungsgrade, der oft erst mit der Entwöhnung bei härterem Stuhlgange hervortritt, kann sich ein Kompensationszustand durch Hypertrophie der Darmmuskulatur bilden. Bei hochgradigen Verengerungen tritt die Operation in ihr Recht. Eine Zusammenstellung von 20 Operationen lehrt, daß fast ausnahmslos willkürlichere Funktion und Kontinenz erreicht wird, oft jedoch keine Dammbildung und kein dauernder Verschluß der restierenden Rektovaginalfisteln. Die Resultate sind in dieser Hinsicht zu schlechte, auch die nach der Methode von Dieffenbach-Rizzoli, als daß eine derartige Operation rein aus kosmetisch-ästhetischen Gründen befürwortet werden könnte. Da die Vaginalöffnung mit Sphincter int. versehen ist, also schließt, wird bei mäßigen Verengerungsgraden, die den Ernährungszustand und das Leben nicht unmittelbar gefährden, die mechanische Behandlung mittels Bougierung nicht unversucht bleiben dürfen. — Der dritte Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der entwicklungsgeschichtlichen Erklärung der Anomalie. Da die Autoren sich nicht einig sind, welchen Anteil an der Entwicklung des Vestibulum die entodermale und ektodermale Kloake nehmen, so kann auch nicht sicher gesagt werden, inwieweit entodermale Störungen an der Entwicklung des Anus anomalus vestibularis beteiligt sind. Große Störungen können in dem vorliegenden Falle, wo die Darmöffnung genau vor der hinteren Schamlippenkommissur liegt, und hinter ihr ein ausgebildeter Damm mit Rhaphe und dann der Analblindsack mit äußerem Schließmuskel, auch an der ektodermalen Kloakenbildung nicht stattgefunden haben. Beide Kloaken haben sich nur gewissermaßen verfehlt. Man kann sich vorstellen, daß dies eintritt, wenn sich das Septum recto-urogenitale, durch das die Mündung des entodermalen Enddarmes kaudalwärts verlagert wird, nicht ausbildet. Der Fehler liegt also lediglich darin, daß die beiden Wände der ektodermalen Kloake unterhalb der Darmmündung miteinander verschmolzen sind.

2) Krömer. Untersuchungen über die tubare Eieinbettung.

Auf Anregung Pfannenstiel's, dessen Ansichten über die tubare Eieinbettung in dem Abschnitte über die Eieinbettung des demnächst erscheinenden v. Winckel'schen Handbuches der Geburtshilfe niedergelegt und begründet sind, untersuchte K. eine Reihe von tubaren Schwangerschaftspräparaten, von denen er zehn in der vorliegenden Abhandlung genau beschreibt. In der Einleitung erörtert Verf. die noch schwebenden und strittigen Fragen; insbesondere suchte er durch das vorliegende Material zu entscheiden, ob das Ei bei tubarer Insertion sich oberflächlich (Kühne) inseriert und nur durch die Wucherungsenergie der Langhans'schen Zellschicht in die Muskelwand der Tube eindringt, oder ob es analog den jüngst festgestellten Verhältnissen im Uterus (Peters) von vornherein unter die Schleimhaut einsinkt, allseitig von ihr umschlossen wird, und ob es zur Bildung einer Decidua reflexa kommt.

Auf die einzelnen Beobachtungen und die kritischen Bemerkungen zu den zahlreichen Arbeiten, die über das Thema vorliegen, kann hier nicht eingegangen werden. Viele mikroskopische Bilder sind bisher falsch gedeutet worden, und viele deshalb für die mikroskopischen Details unbrauchbar, weil die zeitig eintretenden pathologischen Veränderungen der Eier an der Insertionsstelle den Einblick stören. Von besonderer Wichtigkeit ist daher der erste Fall des Verf., eine Graviditas tubaria isthmica von ca. 2 Wochen, die bei der vaginalen Totalexstirpation eines an Carcinoma portionis erkrankten Uterus gefunden wurde. Das

Tubenei war auch hier bereits molenartig verändert, doch die gesamte Decidua basalis in Verbindung mit der Placentaranlage an der antimesosalpingealen Wand gut erhalten. Von dieser in quere Serienschnitte zerlegten Stelle stammen auch die beiden auf Tafel I wiedergegebenen vorzüglichen Zeichnungen, die einen genauen Einblick in die Struktur der ersten Gefäßverbindung zwischen Zotten und mütterlichen Blutbahnen in der Tube gewähren.

Aus der Schlußbetrachtung des Verf. seien hier folgende Sätze wiedergegeben. Die Eiinsertion in der Tube verläuft nach dem gleichen Modus wie im Uterus. Das Ei gelangt unter die mütterliche Schleimhaut, also bei der Tube in die Muskelfaserlagen durch die unter dem Graviditätsreiz erfolgte Erweichung derselben. Das Ei wird also vollständig umkapselt, indem die Schleimhautdecke an der Insertionsstelle als Kapsularis von dem wachsenden Ei abgehoben wird. Entweder wächst nun das Ei polypös in die Tubenlichtung hinein, oder das ganze Schleimhautrohr wird an die gegenüberliegende Stelle des Muskelschlauches gepreßt, wo es als kleiner Spalt in der Eiperipherie erscheint. Auf der Insertionsseite ließ sich alsdann eine exzentrische Hypertrophie der graviden Tube feststellen.

Die Zottenepithelien haben keine agressive Wachstumsenergie im Sinne einer destruierenden Neubildung, der primäre intervillöse Raum bildet sich unter denselben physiologischen Gesetzen wie im Uterus. Die Wachstumsrichtung der Zotten wird durch die Kräfte des Blutkreislaufes im Verein mit der eigentümlichen Schwangerschaftserweichung der mütterlichen Gewebe bestimmt. Überall wo Zotten inserieren, also auch in der Reflexa, ist die deciduale Reaktion zu beobachten.

Die Verhältnisse der Placentaranlage gleichen denen bei uteriner Insertion, so daß die Tubenschwangerschaft sich als ein physiologischer Vorgang darstellt, nicht als pathologischer im Sinne von Kühne, Füth, Aschoff.

Die ungünstige Lokalisation in dem engen Tubenschlauche führt allerdings meist zum Abort an der Stelle des geringsten Widerstandes an der Reflexakuppe. Die tiefsitzenden intramuskulären Eier neigen nicht zur Ruptur. Die Möglichkeit, daß bei tiefer Insertion das Ei in einen Nebengang geraten ist, läßt sich nach des Verf. Befunden nicht von der Hand weisen. Wie aber auch das Ei unter die Schleimhaut gelangen möge, es kommt in allen Fällen zu einer vollkommenen Umkapselung desselben.

21 Zeichnungen im Texte, meist Lupenvergrößerungen der Tubenquerschnitte, begleiten die klare Beschreibung der Präparate. Schon erwähnt sind die beiden mikroskopischen Zeichnungen der Placentaranlage des Falles I, die auch für die Genese des Syncytiums von Bedeutung zu sein scheinen.

3) **Blumreich. Über die Wechselbeziehungen zwischen parametritischem Exsudat und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.**

Die auch in großen geburtshilflichen Kompendien nur flüchtig gestreifte Frage wird hier vom Verf. auf Grund von vier eigenen, in der gynäkologischen Klinik der Charité beobachteten Fällen, denen sich sieben aus der Literatur gesammelte anreihen, ausführlich durchgesprochen. Für die Ätiologie einer Parametritis in der Schwangerschaft fällt das puerperale und gynäkologisch operative Infektionsmoment fast gänzlich fort, wodurch sich die Seltenheit dieser Affektion erklärt. Die Mehrzahl der angeführten Fälle spricht dafür, daß das Exsudat schon vor der Schwangerschaft bestanden hatte. In dem ersten Falle des Verf. war eine Perityphlitis vorausgegangen. Er glaubt nicht, daß bei der Fortleitung auf das Parametrium das Clado'sche Lig. appendiculo-ovaricum eine Rolle spielt. Es müßte dann ein dem zentripetalen Lymphstrome entgegengesetztes Fortschreiten der Infektion angenommen werden. B. ist vielmehr der Ansicht, daß bei der Fortleitung auf das Parametrium die nicht seltene extraperitoneale Lagerung des Appendix zu berücksichtigen ist. Bei Perforation kann es dann leicht durch die Bindegewebsspalten des Lig. suspensorium ovarii zu einer Vereiterung des Parametrium kommen. Aber auch ohne Perforation ist die Entstehung nicht eitriger

Parametritiden durch die retroperitoneale Lagerung des Appendix leicht verständlich. Schließlich kam für den Verf. in einem seiner Fälle als ätiologischer Faktor ein krimineller Abtreibungsversuch in Betracht.

Was die Beeinflussung des parametritischen Exsudates durch die Schwangerschaft betrifft, so muß man vom 4. Monate ab bei Eintreten der venösen Schwangerschaftsstauung die Vereiterung befürchten. Vorher kann man für nicht eitrige Exsudate in der lebhaften Fluxion ein Moment sehen, das der Resorption förderlich ist. Von den lebhaften Uterusbewegungen bei der Geburt muß man ja von vornherein befürchten, daß sie einen unheilvollen Einfluß auf eitrige Exsudate ausüben. Doch braucht es nicht zu einer Perforation zu kommen, wie Erfahrungen des Verf. beweisen. Ist besonders schon eine Fistel da, so kann der eitrige Inhalt bequem ausweichen.

Die lebhafte Saftströmung im Puerperium wird für die Resorption nicht eitriger Exsudate förderlich sein, bei eitrigen dagegen die Resorption von Toxinen oder virulenten Keimen bewirken.

Das parametritische Exsudat selbst in seiner Einwirkung auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett darf nicht unterschätzt werden. Die behinderte Ausdehnung des Uterus, das Fieber kann zur Unterbrechung der Schwangerschaft führen. Im Wochenbett wird durch große Exsudate die Rückbildung verzögert, so daß sich längere Blutungen anschließen. Bei eitrigen Exsudaten ist am meisten die sekundäre Kontinuitätsinfektion der puerperalen Genitalien zu fürchten, oder, falls eine vaginale Fistel da oder durch Inzision geschaffen ist, die Überimpfung des austretenden Eiters auf die puerperalen Wundflächen.

Schließlich noch einige Worte aus dem Kapitel der Therapie. Die Schwierigkeiten bei großen, nicht eitrigen Exsudaten fallen ins Gebiet der Verengerung der festen Geburtswege. Unter Umständen kommen Perforation und Sectio caesarea, künstlicher Abort und künstliche Frühgeburt in Frage.

Bei eitrigen Exsudaten muß man, sobald der Inhalt festgestellt ist, sofort womöglich vaginal inzidieren. Auch kurz vor oder während der Geburt erachtet Verf. die Gefahren des Platzens für größer als die einer Inzision. Im Wochenbett würde man mit derselben unter Beobachtung des Allgemeinzustandes event. zuwarten können, bis die puerperalen Wunden überhäutet sind.

4) Eversmann. Beitrag zur Frage der Ätiologie der Entbindungslähmungen der oberen Extremität.

Beschreibung eines Falles von Duchenne-Erb'scher Lähmung des linken Armes nach Extraktion bei mäßig verengtem Becken. Die Lösung des linken Armes war schwierig und starker Zug an den Beinen und Beugung des Rumpfes nach der entgegengesetzten Seite nötig. $2^1/_2$ Monate später konnte durch die Sektion des Kindes festgestellt werden, daß, wie schon vorher die Röntgendurchleuchtung ergeben hatte, keine Knochenverletzung vorhanden war. Auch wurden die Hauptnervenstämme des Plexus brachialis unverletzt gefunden. Dagegen war der Nervenzug an der Stelle des 5. Cervicalnerven, wo derselbe bereits durch die Fasern des 6. verstärkt ist, durch eine platte, bindegewebige Verdickung unterbrochen. Es handelt sich also um eine Zerreißung der Fasern des 5. und 6. Cervicalnerven, deren Feststellung durch die Sektion bis jetzt nirgends verzeichnet ist. Bezüglich der Erscheinung steht Verf. auf dem Standpunkte Fieux und Stolper's, daß der Zug am Halse mit starker Beugung des Kopfes gegen die andere Schulter anzuschuldigen ist. Die genannten Autoren haben vornehmlich den Zug am vorangehenden Kopfe im Auge. Verf. führt aus, daß eine solche Deflexion des Kopfes gegen den Rumpf bei keiner anderen geburtshilflichen Operation eher möglich ist, als gerade bei der Extraktion, wenn die Arme gelöst werden sollen und bei engem Becken der Kopf oberhalb des Beckeneinganges zurückgehalten wird.

5) Kaufman (Lodz). Zur Lehre von den Zerreißungen des Scheidengewölbes während der Geburt.

Diese beachtenswerte Sammelarbeit stellt sich als eine Fortsetzung der den deutschen Fachgenossen unbekannt gebliebenen Arbeit von Stschotkin dar.

7) **H. Munk** (Karlsbad). **Ein Beitrag zur Kenntnis und Behandlung des Pruritus vulvae.**

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 45—47.)

Nach ausführlicher Besprechung der zahlreichen Theorien über das Wesen des Pruritus bezeichnet M. als am meisten zutreffend die Ansicht Schauta's, wonach der Pruritus als eine Hyperästhesie der Haut mit teils lokaler, teils nervöser Grundlage zu definieren sei. Auf Grund eigener Erfahrungen, zu denen die Praxis in Karlsbad reichlich Anlaß giebt, weist M. auf Beobachtungen hin, welche diese Ansicht stützen und darlegen, daß Pruritus vulvae eine Krankheit darstellt, die nicht als bloßes Symptom angesehen werden kann. M. sieht im echten Pruritus vielmehr einen Symptomenkomplex, der sich vorzugsweise in einer Hyperästhesie der vulvären Hautfalten mit Einbeziehung der Clitoris äußert und in seinem Gefolge Juckreiz und eine hochgradige nervöse Aufregung führt, die durch den Juckreiz bedingt ist. Nicht immer ist man imstande, lokale und rein äußerliche Momente als kausale zu beschuldigen. Neben diesen lokalen Ursachen spielt die individuell gesteigerte Reizbarkeit der sensiblen Nerven zweifellos eine große Rolle, und gewiß kommt auch zentralen Momenten eine gewisse Bedeutung zu (Besserung durch Allgemeinbehandlung bei Fehlen von Lokalursachen). Die Sänger'sche Einteilung stellt ein gutes mnemotechnisches Schema dar. Die Behandlung hat auf Grund dieses Schemas immer zuerst das ursächliche Moment aufzufinden und wegzuschaffen. Fissuren, Exkoriationen heilen am raschesten nach Betupfen mit Argentum nitr. mit nachfolgender Anwendung von Hebrasalbe. Ekzeme mit Folgeerscheinungen müssen sachgemäß (Teer- oder Schwefelpräparate etc.) angegangen werden. Von inneren Mitteln sind Brom, Arsen, Eisen, u. a. besonders die Nervina (Pyramidon 0,3 u. a.) mit Erfolg zu brauchen, von äußeren Mitteln leisten Kälte und kälteerzeugende, also alkoholische und ätherische Präparate (Aq. Goulardi, Mentholsalben etc.) das beste und lassen oft ein Narkotikum vermeiden. Neu ist die Behandlung mittels Infiltrationsanästhesie. Die Mittel wirken individuell sehr verschieden, selbst suggestiv (Besserung durch homöopathische Kuren!). Die von P. Ruge und Lassar empfohlenen Waschungen mit Karbol, Sublimat, ähnlich wie eine Vorbereitung für vaginale Operationen, leisten, systematisch fortgesetzt, zuweilen gute Dienste, nur darf die Haut keine Veränderungen zeigen, welche die Nässe und die Mittel kontraindizieren. Ferner Unguent. belladonnae, Chloralsalben (5—10%), neuerdings Bromocollvasogen (20%), Anästhesinsalben (20%), Guajakolvasogen und besonders eine Emulsion (Hofmeister): Bromkali 2, Lupulin 2, Kalomel 10, Ol. oliv. 20. Genaues Individualisieren ist gerade hier am Platze, kein Mittel darf allzu lange angewendet werden, sehr wichtig ist auch eine entsprechende Allgemeinbehandlung. Die operative »Verstümmelung« ist nur im äußersten Falle anzuwenden. Durch Hautkrankheiten bedingter Juckreiz ist von dem eigentlichen Pruritus oder Vulvitis pruriginosa auszuschließen und frühzeitig sachgemäß nach allgemein dermatologischen Grundsätzen zu behandeln. Die auf konstitutionellen Erkrankungen oder anderen, z. B. gynäkologischen Veränderungen sich anschließenden Formen des Pruritus müssen durch Behandlung des Grundleiden zunächst, dann individuell verschieden nach allgemein medizinischen Grundsätzen behandelt werden. Die Karlsbader Kur zeigt sich hier recht wirksam (durch Erleichterung der Pfortadercirculation und Besserung des Kreislaufes in den Beckenvenen und unterstützt wesentlich bei allen genannten Formen die Behandlung. **Pierlng** (Prag).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

// Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 22. Sonnabend, den 30. Mai. 1903.

Inhalt.

X. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.

2. Nachtrag.

46. *Herr Schäffer-Heidelberg, Beitrag zur Pathologie des Descensus und Prolapsus uteri.*
47. *Herr P. Bröse-Berlin, Über die Behandlung frühzeitiger Extra-uterin-Schwangerschaft mittels Kolpotomie.*
48. *Herr Peham-Wien, Demonstration eines traubenförmigen Sarkoms der Cervix.*
49. *Herr v. Herff-Basel, a) Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum.*
    b) Demonstration einer Achsenzugzange.
50. *Herr Burckhard-Würzburg, Über Rückbildungsvorgänge am puerperalen Uterus.*
51. *Herr Amann-München, Zur Bauchdeckennaht.*
52. *Herr Kallmorgen-Frankfurt a/M., Demonstration eines Präparates von interstitieller Schwangerschaft.*

53. *Herr Knorr-Berlin, Demonstrationen.*
54. *Herr Stolz-Graz, a) Die Spinalanästhesie in der Gynäkologie und Geburtshilfe.*
  b) Die Unterbindung der zuführenden Gefäße bei Carcinoma colli.
  c) Gravidität bei Uterus septus.
55. *Herr Everke-Bochum, Demonstration gynäkologischer Präparate.*
56. *Herr Kroemer-Gießen, Demonstration eines Wachsmodells eines jungen menschlichen Embryo.*
57. *Herr Schickele-Straßburg, Ausgetragene Schwangerschaft in einem Uterusdivertikel.*
58. *Herr Hofbauer-Wien, Embryotrophe und placentare Blutbildung.*

Berichtigung: In Nr. 21 dieses Verzeichnisses (Eberhard) muß es statt »Ausspülung«, »Ausschälung« heißen.

Originalien.

I.

(Aus der Großherzoglichen Universitäts-Frauenklinik in Gießen.)

Ein Beitrag zur Frage der wahren und vorgetäuschten Extra-uterin-Gravidität.

Von

Dr. Karl Kober.

Im Bd. XLVIII Hft. 3 der Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht Herr Dr. Schambacher eine Arbeit aus der Straßburger Hebammenschule: »Über wahre und vorgetäuschte Tubarschwangerschaft« — und berichtet dabei über das relativ häufige Vorkommen einer Hämatokele peritubaria bezw. retro-uterina, für deren Entstehung er die ektopische Schwangerschaft ausschließen zu können glaubt. Unter 14 klinisch diagnostizierten Extra-uterin-Graviditäten mußten teils durch den Operationsbefund, teils durch die histologische Untersuchung vier auf andere Ursachen zurückgeführt werden. Dieser hohe Prozentsatz muß uns Wunder nehmen. Wenn es uns auch bekannt war, daß von den Genitalorganen ausgehende Blutungen in den Bauchraum gelegentlich auf andere Ursachen als auf eine ektopische Gravidität zurückzuführen seien — auch mein Chef, Herr Prof. Pfannenstiel, berichtete auf dem Gynäkologenkongreß zu Gießen über zwei solche Fälle, die ich später zu veröffentlichen Gelegenheit nahm (ds. Zentralblatt 1901 Nr. 39) —, so blieb doch unbeschadet dieser Beobachtungen der namentlich von Fritsch, Veit verfochtene Satz durchaus zu Recht bestehen, daß die ektopische Schwangerschaft wohl fast immer den Grund zur Hämatokelenbildung abgibt. Gegenteilige Beobachtungen mußten bisher als die Ausnahme dieser Regel angesehen werden und werden nach meiner Überzeugung auch in Zukunft als solche angesehen werden müssen.

Auf Anregung meines hochverehrten Chefs unterzog ich das recht ansehnliche Material seiner Tätigkeit in Breslau und Gießen

einer kurzen Revision. Dabei ergab sich als Resultat, daß seit dem Jahre 1896 75 klinisch diagnostizierte Extra-uterin-Graviditäten zur Operation gekommen sind. Nur in in zwei Fällen — den bereits oben erwähnten — mußte eine Änderung der Diagnose vorgenommen werden, da die sorgfältigste von Dr. Krömer ausgeführte Untersuchung der Tuben und des Hämatokeleninhaltes keinerlei Schwangerschaftsprodukte ausfindig machen konnte. Es muß dabei allerdings mit Nachdruck betont werden, daß dieser Nachweis oft außerordentlich mühsam ist. Ich erlaube mir in beistehender Zeichnung

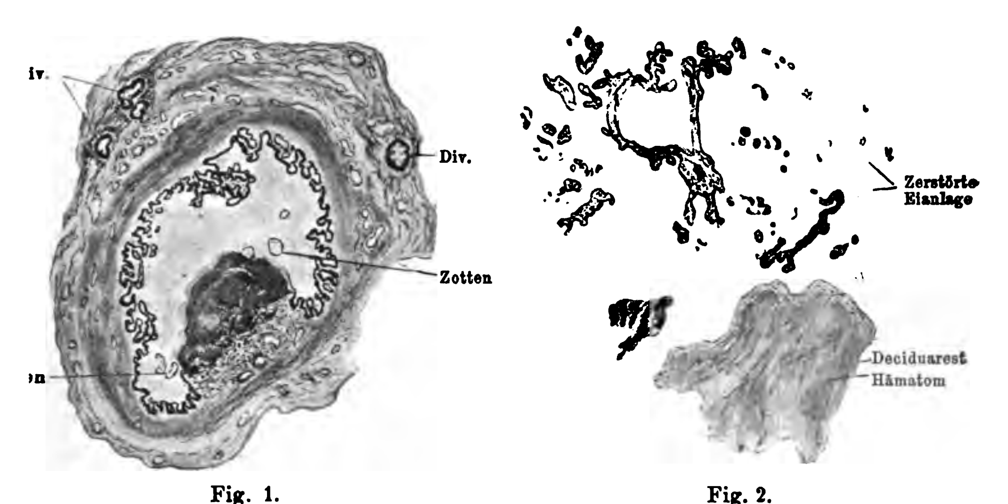


Fig. 1.

benhämatom, nur durch geringe Zottenreste d deciduale Reaktion der Gefäßwände als Placentarpolyp zu erkennen.

Div = Divertikel.

Fig. 2.

Eirest, gefunden in einer kindskopfgroßen Hämatokele. Die Tube war leer.

(Fig. 1), die Dr. Krömer ebenso wie die folgende Figur anzufertigen die Liebenswürdigkeit hatte, einen Befund abzubilden, den wir im März dieses Jahres bei einem Falle von Tubargravidität erhoben. Ich will auf die näheren klinischen Daten verzichten und kurz den Befund schildern. Rechts und hinten von dem leicht vergrößerten Uterus befand sich die über kindskopfgroße Hämatokele; die in ihr eingebettete rechte Tube hatte in ihrem uterinen und isthmischen Teil normale Dicke. Nur die ampulläre Partie zeigte sich leicht erweitert. Abgesehen von einer Mißbildung am Fimbrienende (zwei accessorische Tubenöffnungen) konnte bei makroskopischer Betrachtung der in Quercylinder zerlegten Tube keine weitere Veränderung wahrgenommen werden als ein kirschkerngroßes festhaftendes Blutkoagulum in der Pars ampullaris. Die histologische Untersuchung der Tube in Serienschnitten (Dr. Krömer) zeigte auch durchaus normale Verhältnisse bis auf die erwähnte, das Hämatom bergende

Stelle. Hier fanden sich zwischen den Blutgerinnseln ganz vereinzelte nekrotische Zottenreste. Die Gefäße der Wand im Boden des Hämatoms waren etwas stärker erweitert; an ihnen waren die von den meisten Beobachtern bei Tubargravidität gefundenen Zellanhäufungen zu erkennen, deren Herkunft ja noch umstritten ist, für deren Entstehung aus den mütterlichen Gewebselementen aber auch hier wieder verschiedene Momente zu sprechen schienen. Die Endothelmembran war vollständig erhalten; ein Zusammenhang mit den Chorionzotten war durchaus auszuschließen. Interessant war in diesem Falle abgesehen von zahlreichen Schleimhautdivertikeln (s. Fig. 1) noch eine Anomalie des Tubenlumens, welche an einer Stelle der Pars isthmica Bilder lieferte wie in Schambacher's Arbeit Fig. 4 und Fig. 20 in Krömer's Arbeit (Archiv Bd. LXVIII Hft 1). Ich komme auf diesen Befund später noch mit einigen Worten zurück.

War es nun schon in einem solchen Falle mit einigen Schwierigkeiten verknüpft, Schwangerschaftsprodukte mit Sicherheit nachzuweisen, so werden sich dieselben noch steigern, wenn es zu einem vollkommenen tubaren Abort gekommen ist und schon eine geraume Zeit seit dem Eintreten dieses Momentes verflossen ist. Es hat dann eine Restitutio ad integrum stattgefunden; wenigstens möchte ich dieses für die Fälle von kolumnarer Einbettung in der Pars ampullaris behaupten. In solch einem Falle werden wir nur durch die peinlichste Untersuchung des Hämatokeleninhaltes eine Klärung der Sachlage herbeiführen können. Diese Verhältnisse beleuchtet treffend ein von uns beobachteter Fall, den Krömer auch bereits in seiner Arbeit (l. c.) kurz angeführt hat. Seit Beginn der klinischen Erscheinungen waren hier schon eine Reihe von Wochen verflossen; bei der Operation fand sich eine über faustgroße Hämatokele, in der durch einen glücklichen Zufall eine kollabierte Eiblase entdeckt wurde. Der umstehend skizzierte Schnitt (Fig. 2) läßt deutlich das Chorion mit den ausstrahlenden Zotten erkennen. Die Tube selbst enthielt nichts, was auf Gravidität verdächtig gewesen wäre, und so hätte sich bei einer weniger glücklichen Untersuchung auch hier leicht der Irrtum festsetzen können, daß wir es mit einer vorgetäuschten Extra-uterin-Gravidität zu tun hätten.

Mit einigen Worten will ich noch den Befund streifen, den Schambacher als Unikum hervorheben zu müssen glaubt: eine Tubenmißbildung, deren Wesen darin bestand, daß von der Fimbrie bis zur Mitte der Tube zwei Lumina, vollständig durchgängig, sich vorfanden, die dann erst in der Mitte der Tube sich zu einem Gange vereinigten. Die Literatur kennt mehrere derartige oder ähnliche Fälle (cf. Lehrbücher von Gebhard, Nagel, Martin). Die neueren Untersucher über Extra-uterin-Gravidität (Opitz, Krömer, Micholitsch) konnten geradezu bei der Tubarschwangerschaft häufig derartige Anomalien des Tubenlumens nachweisen und messen diesem Moment, ich meine wohl mit Recht, eine gewisse Bedeutung für die Entstehung der ektopischen Gravidität bei.

Daß nun die beiden Gänge schließlich in einen gemeinsamen einmündeten, während sonst der Nebengang meist blind endet, darin kann ich einen wesentlichen Unterschied nicht erblicken.

Wenn ich nun kurz das Resultat meiner Arbeit zusammenfasse, so möchte ich davor warnen, das Ergebnis der Schambacher'schen Untersuchungen als das Gewöhnliche anzusehen. Es mag ein merkwürdiges Zusammentreffen sein, daß er unter 14 Fällen von Hämatokele retro-uterina 4mal die ektopische Gravidität als Ursache der Hämatokele ausschließen mußte. Im allgemeinen werden wir auch fernerhin bei dem Befund einer Hämatokele die Diagnose einer ektopischen Gravidität als gesichert annehmen können. Der histologische Befund ist natürlich beim Fehlen grob makroskopisch erkennbarer Schwangerschaftsprodukte ausschlaggebend. Allein dabei ist immerhin zu bedenken, daß die histologische Untersuchung oft recht schwierig ist, und daß bis zu einem gewissen Grad nur der positive Befund absolut beweisend ist. Bei der Unmöglichkeit alle in Betracht kommenden Gewebe in Serien zu untersuchen, gehört immerhin oft ein gewisses Glück dazu, die beweisenden Schwangerschaftsprodukte zu finden.

II.

(Aus der Bonner Frauenklinik)

Zwei Fälle von wiederholter Tubargravidität.

Von

Dr. **Karl Reifferscheid,**

Assistent der Klinik.

Die Mitteilungen über Fälle von wiederholter Tubenschwangerschaft haben in den letzten Jahren bedeutend an Zahl zugenommen, so daß man dieses Vorkommnis nicht mehr als besonders selten bezeichnen kann. Während noch 1898 Zangemeister[1] nur 34 sicher beobachtete Fälle aus der Literatur sammeln konnte, brachte Weil[2] im folgenden Jahre bereits eine Zusammenstellung von 52, Heikel[3] später eine solche von 81 und Pestalozza[4] sogar von 111 Fällen.

Immerhin erscheint bei dem großen Interesse, das gerade diese Fälle für die Frage nach der Ätiologie der Tubargravidität bieten,

---

[1] Zangemeister, Drei Fälle von wiederholter Extra-uterin-Gravidität bei derselben Frau. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie 1898. Bd. XXXVIII.

[2] Weil, Über wiederholte Eileiterschwangerschaft. Prager med. Wochenschrift 1899.

[3] Heikel, Neue Beobachtungen wiederholter Tubenschwangerschaft bei derselben Frau. Mitteilungen aus der Klinik Engström 1901. Bd. IV. Hft. 1.

[4] Pestalozza, Über residivierende Tubarschwangerschaft. Ann. di ost. e gyn. 1901. Januar. Referiert im Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 13.

die Veröffentlichung auch einzelner Beobachtungen von Wert, besonders wenn sie durch jedesmalige Operation klargestellt sind.

An der Bonner Frauenklinik wurde dieses Ereignis unter 43 zur Operation gekommenen Fällen ektopischer Schwangerschaft zweimal beobachtet, also in 4,65% der Fälle. Rumpel[5] berechnet aus den Beobachtungsreihen von Küstner (107:5), von Strauch (92:5) und der seinigen (30:2) eine Häufigkeit von 5—6%.

Ich gebe die Krankengeschichten unserer beiden Fälle.

I. Jahrg. 1899/1900, J.-Nr. 153. X., 25 Jahre. Anamnestisch von Bedeutung ist ein Abort vor 2 Jahren. Es bestand damals Fieber und eine Unterleibsentzündung; Pat. mußte 5 Wochen zu Bett liegen. Anfang Juni 1899 war eine geplatzte rechtsseitige Tubargravidität diagnostiziert worden. Es wurde zunächst abwartend verfahren. Eine Nachblutung war nach der ersten Blutung nicht eingetreten, aber es bestanden dauernd sehr heftige Schmerzen im Unterleibe. Da sich das Befinden nicht besserte, wurde am 24. Juni 1899 zur Operation geschritten.

Chloroformnarkose, Beckenhochlagerung, Medianschnitt. Es befand sich rechts am Uterus ein kindskopfgroßer, blauschwarzer Tumor. Auf ihm war das Netz fest adhärent. Es wurde nicht abgezogen, sondern 5 cm oberhalb der Adhäsion abgebunden und durchschnitten. Links zog das Netz an die Tube und das Ovarium heran. Es wurde auch hier das Netz durchschnitten. Die an der Tube und dem Ovarium haftenden Stücke wurden leicht ohne Blutung abgezogen und entfernt. Die Adhäsionen waren jedenfalls sehr alte (von der damaligen Peritonitis herrührend). Auch im Douglas wurden einige dünne, gefäßlose Adhäsionen mit dem Finger durchtrennt, so daß die linken Adnexe völlig mobilisiert waren, danach Abbinden und Auslösen des Tumors. Bauchnaht.

Glatte Konvaleszenz. Am 18. Tage geheilt entlassen.

Die Untersuchung des Tumors ergab, daß es sich um einen tubaren Abort im 3. Monate handelte. Der nachgewiesene Fötus war ca. 4 cm lang.

Am 20. Juni 1901 (Jahrg. 1901/02, Nr. 176) wird Pat. zum zweiten Male unter der Diagnose einer geplatzten linksseitigen Tubargravidität aufgenommen.

Um eventuell eine zweite Laparotomie zu vermeiden, wurde von der Vagina aus der Tumor pungiert und ausgesaugt. Es wurden ungefähr 200 g bräunliches Serum entfernt. Aber binnen 3 Tagen war der Tumor wieder so groß und schmerzhaft als vorher. Deshalb Laparotomie.

Chloroformnarkose, Beckenhochlagerung, Medianschnitt. Links neben dem Uterus kindskopfgroßer Tumor, der mit der Umgebung und den Därmen vielfach verlötet ist. Nach stumpfer Lösung der Adhäsionen Abbinden und Entfernung des Tumors. Bauchnaht.

Glatte Konvaleszenz. Am 22. Tage geheilt entlassen.

Der Tumor erwies sich bei der Untersuchung als ein tubarer Abort aus ungefähr dem 2. Monat. In der Hämatokele fand sich das ausgestoßene Ei mit deutlich erkennbarer Eihöhle. Die Eihäute waren an einer Stelle eingerissen. Ein Fötus ließ sich nicht auffinden.

Aus technischen Gründen mußten in beiden Fällen die Ovarien ebenfalls entfernt werden.

II. Jahrg. 1902/03, J.-Nr. 339, 32 Jahre, aufgenommen am 14. Oktober 1902. Zwei normale, spontane Entbindungen, letzte am 18. Oktober 1897. Zwischen der ersten und zweiten Geburt zwei Aborte im 2. resp. 3. Monate der Gravidität

---

[5] Rumpel, Über Extra-uterin-Schwangerschaft. Jahrbücher der Hamburg. Staatskrankenanstalten Jahrg. 1899/1900. Bd. VII. Hamburg, Leopold Voss, 1902.

Wochenbetten verliefen gut. Pat. war stets gesund, mit Ausnahme einer Lungenentzündung vor 20 Jahren. Menstruation stets unregelmäßig, in 2—7wöchentlichen Intervallen, von 8tägiger Dauer, Blutung stark. Letzte Periode am 7. Oktober 1902 schwächer als gewöhnlich. Vor 2 Wochen bekam Pat. ohne bekannte Ursache stechende, ruckweise auftretende Schmerzen in der rechten Leistengegend, die trotz Einreibungen bestehen blieben. Wasserlassen ohne Beschwerden. Pat. kommt wegen der Schmerzen in die Klinik.

Aufnahmebefund: Abdomen in der rechten Leistengegend bei Palpation empfindlich. Keine Dämpfung. Uterus nicht vergrößert, anteflektiert, beweglich; rechts neben dem Uterus gestielter, beweglicher, ca. hühnereigroßer, sehr schmerzhafter Tumor, anscheinend dem rechten Ovarium angehörend.

Operation 17. Okt. 1902. Chloroformnarkose. Beckenhochlagerung. Pfannenstiel'scher suprasymphysärer Querschnitt. Rechts neben dem Uterus sieht man einen blaurot verfärbten, ca. hühnereigroßen, beweglichen, nicht verwachsenen Tumor, der sich beim Vorziehen als die verdickte rechte Tube erweist. Abbinden der rechten Adnexe in drei Partien mit Seide. Linke Adnexe normal. Schluß der Bauchhöhle. Peritoneum, Muskulatur, Fascie, je mit Katgut fortlaufend. Silkwormknopfnähte der äußeren Haut. Vioform, Borlint-Kollodium. Watte, Heftpflasterverband.

Fieberloser, glatter Verlauf. Am 20. Tage geheilt entlassen.

Auf dem Durchschnitt erweist sich der Tumor als frische Extra-uterin-Gravidität aus ca. der 6. Woche. Fötus gut erhalten.

Am 13. März 1903 wird Pat. wieder aufgenommen (Jahrg. 1902/03, J.-Nr. 604). Sie hatte sich nach der Entlassung aus der Klinik zunächst sehr wohl befunden. Letzte Periode Ende Dezember 1902. Vor 8 Tagen Schwächeanfall und schwere Ohnmacht. Heftige linksseitige Unterleibsschmerzen, die trotz Bettruhe nicht nachließen. Seit 4 Tagen geringe Blutung aus der Scheide. Kein Fieber. Stuhl anfangs schmerzhaft und schwer. Seit 2 Tagen kein Stuhl, keine Blähung, öfters Erbrechen. Starker Urindrang. Seit gestern erhebliche Schmerzen beim Wasserlassen.

Aufnahmebefund: Stark anämische Pat. Konjunktiven leicht ikterisch gefärbt. Zunge trocken. Temperatur 36,8; Puls 100, klein, regelmäßig. Atmung tief, regelmäßig. Heftige Leibschmerzen. Aufstoßen, Erbrechen wässriger Massen. Abdomen im ganzen mäßig aufgetrieben, schmerzhaft. Handbreit über der Symphyse und in beiden Flanken, halbmondförmig hinaufziehend, absolute Dämpfung. Portio etwas aufgelockert, an normaler Stelle. Vom vorderen Scheidengewölbe aus fühlt man den anteflektierten Uterus. Douglas nicht herabgedrängt. Links neben und hinter dem Uterus undeutliche, teigige Schwellung, die auf Druck sehr schmerzhaft ist. Kombinierte Untersuchung der Schmerzen wegen unmöglich. Diagnose: Innere Blutung; geplatzte Tubargravidität; Ileus. Während der Vorbereitungen zur Operation Kollaps. Puls kaum fühlbar, Lufthunger, livide Hautfarbe. Schleunige Operation (Dr. Reifferscheid). Äthernarkose, Beckenhochlagerung, Medianschnitt. Bauchdecken bluten nicht beim Durchschneiden. Aus der eröffneten Bauchhöhle quellen sofort massenhaft Blutkoagula und wenig flüssiges Blut vor. Servietten zur Zurückhaltung der stark geblähten Därme. Die Hand geht sofort an die linken Adnexe und hebt dieselben aus den großen Blutkoagulis heraus. Die linke Tube zeigt eine breite Rupturstelle. Abbinden in mehreren Partien mit Katgut. Entfernung der Adnexe. Eine Gesamtligatur mit Seide. Rasches Herausschöpfen der größeren Koagula. Schluß der Bauchhöhle. Peritoneum mit Katgut fortlaufend. Drei versenkte Silkwormknopfnähte durch Fascie und Muskulatur. Fortlaufende Katgutnaht der Fascie. Silkwormknopfnähte der äußeren Haut. Vioform, Zinkleimverband, Heftpflasterstreifen.

Beim Abheben vom Operationstisch Stuhl und Blähungen. Subkutane Kochsalzinfusion 1500, Kampher subkutan. Puls wird allmählich fühlbar, wechselnd in Stärke und Quantität. Erst nach mehreren Stunden regelmäßiger, 120. In den nächsten Tagen rasche Konvaleszenz. Am 4. Tage abends 38,2, sonst fieberloser

Verlauf. Am 21. Tage geheilt in gutem Allgemeinbefinden entlassen. Wunde strichförmig geheilt.

Die Untersuchung ergab, daß es sich um eine geplatzte Tubargravidität handelt.

Für die Frage nach der Ätiologie ist in dem ersten Falle von Bedeutung, daß die Pat. 2 Jahre vor der ersten Tubargravidität einen Abort und im Anschluß daran eine fieberhafte Erkrankung und Unterleibsentzündung durchgemacht hatte, die sie 5 Wochen ans Bett fesselte. Als Residuen dieser Entzündung fanden sich bei der Operation alte Verwachsungen. Hier ist wohl anzunehmen, daß durch diese Erkrankung eine solche Veränderung der Tubenschleimhaut, oder durch die entstandenen Verwachsungen solche Abknickungen des Tubenlumens eingetreten waren, daß dadurch dem Ei der Durchtritt durch die Tube verlegt war, oder doch seinem Vorrücken solche Hindernisse in den Weg gelegt waren, daß es sein »Haftstadium« schon auf dem Wege durch die Tube erreichte und sich deshalb in derselben niederließ.

In dem zweiten Falle fehlt jedes ätiologische Moment. Die Frau hatte bereits zweimal spontan lebende Kinder geboren. Irgend welche Anzeichen für eine Wochenbettserkrankung oder für eine spätere gonorrhoische Infektion oder entzündliche Affektion irgend welcher Art ließen sich nicht nachweisen. In der Krankengeschichte findet sich bei der Beschreibung der ersten Laparotomie ausdrücklich der Vermerk, daß die damals nicht beteiligten linken Adnexe von normaler Beschaffenheit seien. Immerhin liegt es gerade hier nahe, die durch die Tatsachen bewiesene Disposition für das Entstehen einer Tubargravidität als eine erst nachträglich erworbene, nicht angeborene anzusehen, da durch die früheren normalen Schwangerschaften bewiesen ist, daß die Tube früher für das Ei durchgängig war. Das makroskopische gesunde Aussehen der Tube schließt ja nicht aus, daß Schleimhautveränderungen in der Tube bestehen könnten, die genügten, das Ei aufzuhalten. Für die Annahme derartiger Veränderungen fehlt aber bei dem Fehlen jeder vorausgegangenen entzündlichen Erscheinungen zunächst jede Berechtigung. Höchstens sprächen der unregelmäßige Verlauf der Menstruation und die beiden früheren Aborte dafür, daß nicht ganz normale Verhältnisse der Uterusschleimhaut und deshalb vielleicht auch der Tubenschleimhaut vorgelegen haben könnten. Immerhin ist das nur eine unbewiesene Vermutung und wir müssen uns dahin bescheiden, zuzugeben, daß einzelne Fälle unseren Erklärungsversuchen noch nicht überwundene Schwierigkeiten entgegensetzen.

In beiden Fällen war Gonorrhoe auszuschließen.

Neue Bücher.

1) **A. Bier** (Greifswald). Hyperämie als Heilmittel.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1903.

Die Beobachtung der Natur lehrt, daß bei allen wichtigen Vorgängen im Körper in den betreffenden Teilen eine örtliche Hyperämie besteht. Diese wird wohl ebenso häufig durch eine Verlangsamung, wie durch eine Verschnellerung des Blutstromes herbeigeführt, letzteres hauptsächlich bei der die Tätigkeit der Organe begleitenden funktionellen Hyperämie; ersteres überall da, wo es sich um Beseitigungen von Schädlichkeiten und den Aufbau von neuem Gewebe handelt.

Wollen wir die heilende Tätigkeit des Körpers durch Verstärkung der nützlichen Hyperämie unterstützen, so müssen wir, wenn wir in der Tat Naturvorgänge nachahmen wollen, in den einen Fällen den Blutstrom verschnellern, in den anderen verlangsamen. Denn zwischen dem schnellfließenden Strome arteriellen und dem trägen, mehr venösen Blutes bestehen die tiefgreifendsten physikalischen und auch chemischen Unterschiede. Es folgt daraus die Notwendigkeit, das Verfahren des Körpers bei den einzelnen Krankheiten zu studieren und es zum Vorbild für das ärztliche Handeln zu nehmen.

Gestützt auf die reiche Erfahrung von 11 Jahren, in denen er weit mehr als 1000 Krankheitsfälle mit Hyperämie behandelt hat, gibt B. in dem vorliegenden Buche seine Ansichten und Beobachtungen über den Wert der Hyperämie und die Anwendung derselben.

Im allgemeinen Teil wird die Frage nach der künstlichen Erzeugung der aktiven (= arteriellen) und passiven (= venösen) Hyperämie behandelt. Die Apparate für die Heißluftbehandlung (B. war der erste, der brauchbare Apparate zu diesem Zweck angegeben hat), der örtliche und allgemeine Einfluß der Heißluftbäder auf den Körper, die passive Hyperämie durch eine Stauungsbinde, die Hyperämie durch Saugapparate, durch trockene Schröpfköpfe, durch andere Mittel (»Derivantien«), die Beeinflussung des Lymphstromes durch hyperämisierende Mittel werden eingehend besprochen.

Von den zahlreichen Mitteln, die zur Hervorrufung einer Hyperämie zur Verfügung stehen, beschränkt B. sich auf zwei Arten, dieselben hervorzurufen. Diese Beschränkung ist notwendig. Denn in diesen Mitteln sind die beiden Extreme gegeben: Das eine Mal die mächtige Verschnellerung des Blutstromes durch heiße Luft, das andere Mal jede beliebig stark hervorzurufende Verlangsamung durch die stauende Binde und den Schröpfapparat. So ist es möglich, nicht nur die reine Wirkung der Hyperämie zu studieren, sondern auch auf das Schönste festzustellen, wo die verschiedenen Arten der Hyperämie gleichartig und wo sie ungleichartig wirken. Es gibt kein anderes Mittel, welches die beiden extremen Formen der

Hyperämie so kräftig herstellen kann ohne Schaden für den Körper. Alle nach Art der »Derivantien« wirkenden Mittel tun das erst indirekt durch Schädigung der Gewebe, genau so, wie es bei Entzündungen der Fall ist, und sind nicht genau dorsierbar. Diese beiden Mittel dagegen schädigen, richtig angewandt, die Gewebe gar nicht und sind im vollsten Maße, wie ein inneres Arzneimitttel, dosierbar.

In dem folgenden Abschnitt werden die allgemeinen Wirkungen der Hyperämie besprochen, und zwar die schmerzstillende, die bakterientötende oder -abschwächende, die resorbierende, die auflösende und die ernährende Wirkung derselben. Zahlreiche exakte Untersuchungen sind den Ausführungen zugrunde gelegt. Die vorhandene Literatur wird kritisch besprochen.

In dem speziellen Teil berichtet der Verf. über die Behandlung verschiedener Krankheiten mit künstlich erzeugter Hyperämie. Der Zweck der Ausführungen ist, für die Krankheiten, welche in erster Linie mit Erfolg durch Hyperämie behandelt werden, die Technik zu schildern. Krankheitsfälle werden im wesentlichen nur dann angeführt, wenn Verf. seine Behauptungen nicht schon früher mit treffenden Beispielen belegt hat. Die Art der Verwendung und der Wert der Hyperämie bei der Behandlung der Tuberkulose, akut und subakut entzündeter Gelenke, chronischer Gelenkversteifungen, bei Neuralgien und sonstigen Schmerzen, bei Gefäßkrankheiten, als resorbierendes Mittel wird im einzelnen beleuchtet.

Verf. wollte in seinem Buche die Grundzüge einer Lehre von der Wirkung und Anwendung der Hyperämie entwerfen, welche so gut wissenschaftlich begründet ist, wie irgend eine andere unserer modernen Heilmethoden, und welche den Vorzug hat, daß sie einfach und logisch ist. Daß ihm das in hervorragendem Maße gelungen ist, davon wird jeder nach der Lektüre des anregend und klar geschriebenen Werkes überzeugt sein. **Reifferscheid** (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

514. Sitzung vom 16. Februar 1903.

Vorsitzender: Herr Krönig; Schriftführer: Herr Donat.

1) Herr Krönig eröffnet die Sitzung mit einem Nachruf auf Varnier (Paris), welcher unserer Gesellschaft als korrespondierendes Mitglied angehörte.

Zu Ehren des Verstorbenen erheben sich die Anwesenden von ihren Plätzen.

2) Herr Menge spricht über Pessare bei nicht operablen Prolapsen und demonstriert ein neues Pessar.

(S. dieses Zentralblatt 1903 Nr. 15.)

Diskussion: Herr Littauer bemerkt, daß bei der vorgestellten Frau ein großer Vorfall durch ein verhältnismäßig kleines Pessar zurückgehalten wurde; das Menge'sche Pessar scheine viele Vorzüge vor dem Martin'schen zu besitzen. In den Fällen von Scheidenvorfall mit senil geschrumpftem Scheidengewölbe würde aber leider das Menge'sche Pessar nicht helfen; hier lasse auch die Ausfüllung

der Scheide mit Paraffin nach Krönig im Stich, während sie da, wo die Füllungsmasse etwa birnenförmige Gestalt (oben breiter wie unten) annehmen könne, bisweilen sehr gute Dienste täte. L. verwendet an Stelle des Paraffins eine knetbare, weichbleibende und darum leichter einführbare und entfernbare Masse, das sog. Plasticin der Bildhauer.

Herr Füth: An dem Menge'schen Pessar leuchtet mir die Zweckmäßigkeit der pilzförmigen Gestalt des Stieles besonders ein. Bekanntlich beobachtete man ja, daß der spitze Stiel des gewiß sehr brauchbaren E. Martin'schen Pessars sich in die Vulva einspießte, und dies war der Grund, weshalb Sänger schon den Stiel des letzteren veränderte, und zwar bedeutend verlängerte, so daß er aus der Vulva herausragt und sich nicht mehr einspießen kann.

Herr Menge hebt noch besonders hervor, daß das neue Pessar auch in Fällen liegen bleibt, wo der Damm fehlt.

3) Im Anschluß an diese Demonstration zeigt Herr Menge Präparate, welche bei Operationen wegen rezidivierenden Blutungen gewonnen wurden und berichtet die betreffenden Kranken- und Operationsgeschichten.

4) Herr Pankow stellt eine Pat. vor, die mit der Angabe in die Poliklinik kam, sie habe eine Geschwulst in der linken Seite des Unterleibes, die, wie ihr der behandelnde Arzt gesagt habe, in den letzten 3 Wochen etwa um das Dreifache gewachsen sei. Früher habe sie an der Stelle eine Wanderniere gehabt.

Durch die dünnen Bauchdecken sah man deutlich einen höckrigen Tumor hindurch, der links vom Rippenbogen bis auf die Darmbeinschaufel und nach rechts bis etwa zwei Querfinger über die Mittellinie reichte. Er war gut verschieblich, derb, vor ihm zog ein wurstförmiger Strang nach unten, das Colon descendens.

Die Untersuchung von der Scheide aus ließ mit Sicherheit einen kleinen retroponierten, von dem Tumor überlagerten, aber nicht mit ihm verbundenen Uterus erkennen, ebenso zwei schlanke Tuben und zwei kleine, unveränderte Ovarien.

Die linke Nierengrube war leer, blutiger Urin ist niemals entleert worden.

Aus dem Leersein der Nierengrube, der gerade für Nierentumoren charakteristischen Verlagerung des Colon descendens und besonders daraus, daß bei der Cystoskopie aus der linken Niere eiweißhaltiger Urin gewonnen wurde, während die rechte Niere normal sezernierte, wurde die Diagnose auf Nierentumor und wegen des rapiden Wachstums auf malignen Nierentumor gestellt.

Da, wie gesagt, die rechte Niere normal funktionierte, beschloß Herr Prof. Menge die Exstirpation der Niere, und zwar wählte er, wie das auch Trendelenburg und König z. B. für so große Tumoren vorgeschlagen haben, den transperitonealen Weg, der ja eine weit bessere Übersicht gibt und Verletzungen der gerade bei so großen Nierentumoren oft enorm dilatierten Kapselgefäße sicherer vermeiden läßt.

Durch einen Schnitt vom Rippenbogen bis zur Darmbeinschaufel über den lateralen Rand des linken Rektus wurde die Bauchhöhle eröffnet. Die auch hier enorm dilatierten Gefäße der Kapsel wurden, so weit es nötig war, unterbunden und dann der im übrigen wenig verwachsene und gut bewegliche Tumor langsam herausgeschält. Zum Schlusse wurden Ureter, Arteria und Vena renalis isoliert unterbunden. Die Wundfläche wurde drainiert, der Drainagengang so gut es ging von der übrigen Bauchhöhle abgeschlossen und die Gaze zum oberen Wundwinkel herausgeleitet.

Was nun den Tumor selbst anbelangt, so handelt es sich um ein zuerst von Birch-Hirschfeld sogenanntes Hypernephrom der Niere, ein Tumor, der, wie Grawitz nachgewiesen hat, durch Wucherung von versprengten Nebennierenkeimen entsteht. Mit Grawitz nehmen auch die meisten Autoren diesen Ursprung an. Hingegen meinen andere, es handle sich um Wucherung des Epithels der Harnkanälchen, und noch andere, es sei Proliferation des Peritheliums der Blutgefäße resp. des Endothelioms der perivaskulären Lymphbahnen.

Makroskopisch besteht der Tumor aus einer Reihe von Hohlräumen, die von mehr oder minder stark gefäßhaltigen Bindegewebssträngen geschieden sind.

*

Soweit überhaupt noch normales Nierengewebe vorhanden ist, ist es ganz an die Wand gedrängt, wie Sie hier sehen können (Demonstration des Präparates).

Hier sieht man auch in einer Partie normalen Nierengewebes einen kirschkerngroßen Knoten, der in seiner Farbe ganz dem Nebennierengewebe entspricht, der eben auch aus solchem besteht und aus dem allmählich durch Wucherung und folgenden Zerfall des Gewebes derartige Hohlräume sich bilden.

Die Prognose solcher Hypernephrome ist im allgemeinen eine ungünstige; zuweilen macht die Wucherung nicht an der Nierenkapsel Halt, sondern geht schrankenlos in die Umgebung weiter, so daß eine radikale Entfernung unmöglich wird.

Dann aber kommt es gerade bei diesen Tumoren sehr schnell und sehr oft zu Thrombosen der Venen, wodurch wieder die Gefahr einer Embolie und Verschleppung von Keimen eine große wird. Prädilektionsstellen für Metastasen sind besonders die Lungen und die andere Niere. In unserem Falle konnte der ganze Tumor leicht entfernt werden und eine Thrombenbildung in den größeren Gefäßen ist am Präparate nicht zu erkennen.

Trotzdem bleibt aber auch hier die Prognose zweifelhaft.

Herr Marchand gibt zu dem eben demonstrierten Nierentumor einige erläuternde Bemerkungen und weist vor allem auf den cystischen Bau der Geschwulst hin.

5) Herr Bretschneider: Demonstration einer herzlosen Mißgeburt und der dazugehörigen (Drillings-) Placenta.

Das Präparat stammt von einer 32jährigen IIIpara, bei der sehr starkes Hydramnion bestand und im 8. Monate der Gravidität spontan Frühgeburt eintrat. Das erste Kind wurde spontan geboren; es war ein Mädchen, wog 1200 g und war 35 cm lang, es starb nach kurzer Zeit. Als zweite Frucht wurde diese herzlose Mißgeburt hier manuell extrahiert und mit dieser Placenta hier zusammen wurde ein der fötalen Seite derselben anhaftender, in gesonderter Eiblase sitzender Embryo ausgestoßen, der, wie man sieht, einen mumifizierten Eindruck macht und etwa im 2.—3. Monate der Gravidität abgestorben sein muß.

Die Mißbildung, welche an Masse ungefähr so groß ist wie das zuerst geborene Kind, ist ein sogenannter Acardiacus. Sie besteht aus einem unförmlichen Fleischklumpen, dem die beiden unteren Extremitäten wie zwei unförmliche Fleischwülste anhängen. Kopf, Hals und obere Extremitäten fehlen ganz. Diese wulstige Form ist vor allem, wie man sich jetzt noch überzeugen kann, bedingt durch enorme Flüssigkeitsansammlung im Unterhautzellgewebe. Das Geschlecht ist gut zu erkennen, es ist ein Mädchen. Die Nabelschnur inseriert ungefähr $2\frac{1}{2}$ Querfinger oberhalb der Symphyse und besitzt drei Gefäßlumina. Ungefähr 2 Querfinger oberhalb des Nabels befindet sich eine ca. zehnpfennigstückgroße, pigmentierte und behaarte Stelle. Es ist dies der rudimentäre Kopf. Die von der Seite aufgenommene Röntgenphotographie läßt — allerdings nur undeutlich — einzelne platte Knochen an dieser Stelle erkennen, die wohl der rudimentären Basis cranii angehören dürften. Das übrige Knochenskelett ist zum Teil sehr gut ausgebildet. Die Knochen der beiden unteren Extremitäten und des Beckens sind ziemlich vollständig ausgebildet. Von der Wirbelsäule sind vorhanden fünf Kreuzbein-, fünf Lenden- und fünf bis sechs Brustwirbel, an den letzteren sitzt je ein Rippenpaar. Von den Baucheingeweiden ist vorhanden das Rektum, das Kolon, Ileum und ein Teil des Jejunum; letzteres endigt blind. Duodenum, Magen, Leber, Milz und Pankreas fehlen vollständig. Hingegen ist das uropoetische System gut ausgebildet. Brusthöhle und Organe derselben fehlen vollkommen.

Daß im vorliegenden Falle die Unterhaltung der Blutcirculation im Acardiacus vom Herzen der gut ausgebildeten Frucht aus stattgefunden hat, läßt sich aus der gemeinsamen Insertion beider Nabelschnuren bezw. aus der direkten Einsenkung der Nabelgefäße des Acardiacus in die entsprechenden der ausgebildeten Frucht erkennen. Eine genauere Präparierung der Nabelgefäße des Acardiacus innerhalb der Bauchhöhle konnte wegen Mangel an Zeit noch nicht vor-

genommen werden. Die Ernährungsverhältnisse des Acardiacus sind, wie hieraus hervorgeht, denkbar ungünstige, da er von den Arterien des Nabelstranges des ausgebildeten Fötus her zu seiner Ernährung ausschließlich dessen venöses Blut bekommt.

Bemerkenswert ist noch, daß die ausgebildete Frucht ein auffallend großes Herz hatte (1,25% des Körpergewichtes, während nach Vierordt das normale Gewicht des Herzens beim Neugeborenen 0,89% des Körpergewichtes betragen soll). Diese Vergrößerung ist wohl, wie auch andere Beobachter meinen, als Hypertrophie anzusehen.

Was die Entstehung dieser Mißbildungen anbetrifft, so dürfte der vorliegende Fall die von Marchand aufgestellte Theorie (ungleichmäßige Sonderung der Furchungszellen der beiden Embryonalanlagen, welche eine ungleichmäßige Verteilung des Dottermateriales und ein Zurückbleiben der Entwicklung des Gefäßblattes des einen Embryo zur Folge habe) am meisten stützen. Gerade solche Fälle wie der vorliegende, bei denen die Leber und andere Baucheingeweide vollständig fehlen, deuten darauf hin, daß das Pfortadersystem von Anfang an rudimentär entwickelt gewesen sein muß, mithin auch das Dottergefäßsystem, d. h. also, daß das Dottermaterial von Anfang an eine ungleichmäßige Verteilung erfahren haben muß.

Der dritte Fötus, welcher mit der Placenta ausgestoßen wurde, ist als ein Foetus papyraceus anzusehen. Kopf und Schwanzende sind gut zu erkennen. Da auch dieser kein gesondertes Chorion hat, so sind diese Drillinge als eineiige anzusehen.

6) Herr Zangemeister zeigt ein von ihm konstruiertes Dammschutzphantom.

(S. Zentralblatt für Gynäkologie 1903 Nr. 16.)

---

3) Société d'obstétrique de Paris.

Paris, C. Naud, 1902.

Sitzung vom 19. Juni 1902.

1) Delaunay: Extra-uterin-Gravidität aus dem 5.—6. Monate mit totem Fötus. Laparotomie und Exstirpation. Tod.

Der Exitus war infolge starker Blutung intra operationem am 4. Tage erfolgt. D. plaidiert im Sinne Pinard's für radikales Vorgehen bei der Behandlung der Extra-uterin-Gravidität.

2) Porak: Ein Fall von Eklampsie vortäuschender Urämie.

Gegen die Annahme einer Eklampsie sprach nach Ansicht P.'s das Auftreten halbseitiger Krämpfe, die geringe Eiweißmenge im Urin und das Fehlen von Temperatursteigerungen; anatomisch-pathologisch fehlten ebenfalls die für Eklampsie charakteristischen Veränderungen.

Der Verf. resumiert: Die Eklampsie muß stets in gleicher Weise verlaufen; andernfalls muß man an eine Pseudoeklampsie denken.

Boissard wendet therapeutisch nur bei intakten Nieren Kochsalzinfusionen an, um eine zu starke Gefäßspannung zu vermeiden.

Bernheim hält diese Bedenken für unbegründet, während Bar dieselben teilt und seinen Pat. nur per os Flüssigkeit zuführt.

3) Chavane: Demonstration eines Kindes mit multiplen Mißbildungen der Glieder.

Als Ursache der Mißbildungen (Kontrakturen etc.) werden nervöse, wahrscheinlich trophische Störungen angenommen.

4) Maygrier demonstriert einen ähnlichen Fall. — Atrophie der oberen Extremitäten mit Ankylose und Plattfußbildung.

Schwab berichtet über eine analoge Beobachtung.

5) Bonnaire und Bosc: Demonstration eines Kindes mit einem kongenitalen cystischen Lymphangiom auf der rechten Schulter.

6) Theuveny demonstriert eine kongenitale Hufeisenniere und zwei kongenitale Cystennieren mit Defekt des rechten Ureters.

Die letzten Anomalien waren noch von anderen Mißbildungen begleitet: Polydaktylie an Händen und Füßen.

7) Bar: Entfernung einer stielgedrehten Ovariencyste im vierten Schwangerschaftsmonate; Fortbestehen der Gravidität.

Der Fall bietet nichts Bemerkenswertes.

Macé berichtet über eine analoge Beobachtung.

8) Budin: Ein Fall von Sterkorämie während der Schwangerschaft. Schwierigkeit der Diagnose.

Die betreffende Pat. hatte einen so schwer affizierten Eindruck gemacht (starker Meteorismus, Ödeme, Dyspnoë), daß an die Einleitung einer Frühgeburt gedacht wurde. Klystier und Katheter beseitigten mit einem Schlage sämtliche Erscheinungen.

9) Nicloux: Über den Übergang von Alkohol in das Fruchtwasser.

Schon in einer früheren Arbeit hatte N. gezeigt, daß eine 10%ige Alkohollösung, in den Magen eines trächtigen Tieres gebracht, kurze Zeit nachher in dem Fruchtwasser und in dem Blute der Mutter nachzuweisen ist. In betreff des Weges, auf dem der Übergang erfolgt, gaben neue Untersuchungen Aufschluß. N. fand nämlich bereits fünf Minuten nach Einführung des Alkohols in den Magen Spuren desselben in dem Fruchtwasser. Er glaubt, daraus den Schluß ziehen zu dürfen, daß der Übergang direkt durch die Eihäute und nicht auf dem Umwege durch die Nieren des Fötus erfolgt sei.

Bar konstatiert, daß diese Versuche eine Bestätigung seiner bereits vor 20 Jahren geäußerten Ansichten brächten.

10) Véron: Über die Pathogenie der Kreuz-Steißbeintumoren.

Im Anschluß an einen einschlägigen Fall bespricht der Verf. die verschiedenen Ansichten über die Ätiologie dieser Geschwülste. In dem beschriebenen Falle handelte es sich um einen polycystischen, kongenitalen Tumor, in dem sich mikroskopisch Binde-, Muskel-, Knorpel-, Drüsengewebe und Gefäße nachweisen ließen. Außerdem bot das betreffende Kind eine weitere Abnormität in Gestalt eines Defektes des Kreuz- und Steißbeines.

11) Guérin-Valmaire (Montpellier): Ovariencyste und Schwangerschaft.

Die während der ersten Geburt als Geburtshindernis punktierte Dermoïdcyste hinderte bei der zweiten Geburt, obgleich sie an Größe zugenommen hatte, den spontanen Verlauf der Geburt nicht.

Sitzung vom 3. Juli 1902.

1) Bar: Schwangerschaft und Geburt in einem Falle von Uterus didelphys.

Die Schwangerschaft war vollkommen normal verlaufen und die Geburt zur richtigen Zeit eingetreten. Beim Anlegen der Zange zerriß das Septum zwischen den beiden Vaginen.

2) Reynès (Montpellier): Uterus didelphys und Vagina duplex. Schwangerschaft. Geburt, Wochenbett.

Auch hier bot die Schwangerschaft in ihrem Verlaufe nichts Abnormes. Bei der Geburt gab der nicht gravide Uterus ein Geburtshindernis ab. Die beiden abwechselnd touchierten Vaginen hatten zu den verschiedensten Mißverständnissen und Fehldiagnosen geführt.

Bonnaire erwähnt noch eine dritte analoge Beobachtung, die insofern noch interessant war, als die Ausstoßung der Nachgeburt aus dem graviden linken Uterus durch die rechte Vagina erfolgte, nachdem eine Perforation des Septums eingetreten war. Im übrigen war auch dieser Fall ohne weitere Komplikationen abgelaufen.

3) Maygrier: Straßengeburt; Zerreißung der Nabelschnur.

Im Anschluß an einen einschlägigen Fall hebt M. hervor, daß die Zerreißung der Nabelschnur nicht durch Fallen des Fötus auf die Erde, sondern erst in dem Moment entstände, wo sich die eben niedergekommene Frau von dem Boden wieder erhebe.

Ebenso sei der Mechanismus der Nabelschnurzerreißung bei den großen Haustieren, was, wie Bouchacourt bemerkt, von den verschiedensten Autoren bestätigt wird.

4) Maygrier demonstriert das Präparat einer Hernia diaphragmatica bei einem Neugeborenen.

Es bestand eine Kommunikation zwischen rechter Pleura und Abdominalhöhle. In der Pleurahöhle fand sich neben der atrophischen Lunge ein Teil der Leber und des Darmes.

5) Chéron zeigt einen durch die Sektion einer an Puerperalfieber verstorbenen Frau gewonnenen Uterus, der einen isolierten Abszeß in der hinteren Muttermundslippe beherbergte. Durch die vaginale Totalexstirpation wäre die Frau vielleicht zu retten gewesen; die Diagnose war jedoch nicht gestellt worden.

Sitzung vom 20. November 1902.

1) Chambrelent (Bordeaux) demonstriert eine Anzahl von Röntgogrammen, auf denen die schon länger bekannte Tatsache, daß gewisse trächtige Tiere ein Klaffen der Symphyse zeigen, an entsprechenden Fällen vorgeführt wird. Das Auseinanderweichen der Schambeine nimmt zuweilen beträchtliche Dimensionen an und ist nicht von dem Inhalte des kleinen Beckens bezw. des Uterus abhängig.

In der Diskussion heben Budin und Bouchacourt die Tatsache hervor, daß es nicht möglich ist, von lebenden Föten in utero ein gutes Röntgogramm zu erhalten; sind die Konturen scharf, so spricht dies für den Tod der Föten!

2) Bouchacourt demonstriert eine Anzahl Dokumente, die kein allgemeines Interesse haben (»Zur Geschichte der Geburtshilfe Ende des 18. Jahrhunderts«).

3) Maygrier und Saillant demonstrieren einen in toto verengerten Dickdarm eines Neugeborenen.

Das Kind war am 5. Tage nach der Geburt wegen vermeintlicher Atresia recti operiert worden und nach Anlegung eines Anus praeternaturalis gestorben. Bei der Sektion fand man den Dünndarm stark gebläht und den Dickdarm kollabiert und in seiner ganzen Ausdehnung nicht dicker wie ein Federkiel. Der Fall ist ein Unikum in der Literatur.

4) Tissier: Uterusmyom und Schwangerschaft; Kaiserschnitt; Porro.

Es hatte ein kindskopfgroßer Tumor vorgelegen, der fest in dem Douglas eingekeilt war. Die Operation war kurz vor dem Eintritte der Geburt ausgeführt worden und glatt verlaufen.

In der Diskussion wird von verschiedenen Seiten (Boissard, Maygrier, Budin) darauf hingewiesen, daß man in solchen Fällen während der Schwangerschaft den Versuch machen solle, in Narkose den Tumor zu mobilisieren und aus dem kleinen Becken zu verdrängen. Boissard hatte auf diese Weise in einem analogen Falle einen normalen Geburtsverlauf erzielt. Bar verteidigt das Vorgehen Tissier's.

5) Tissier: Ein Fall von Barlow'scher Krankheit.

T. schildert den Verlauf einer einschlägigen Beobachtung. Die auch als »infantiler Skorbut« bezeichnete Erkrankung ist sehr selten; in einer Zusammenstellung aus Frankreich konnten nur 28 Fälle aus den letzten 8 Jahren aufgeführt werden. Sie soll durch längeren, ausschließlichen Gebrauch von künstlichen Milch- oder sonstigen Nährpräparaten verursacht werden. Die Therapie ist eine einfache: Wechsel der Nahrung, vor allem Zufuhr frischer Milch.

6) Brindeau: Eingeklemmte Nabelhernie bei einem Neugeborenen.

Die Operation war erfolgreich verlaufen.

7) Macé: Über die histologische Beschaffenheit des Uterusgewebes in drei Fällen von Uterusperforation.

Der Prädilektionspunkt für den Sitz der Perforationen ist der Übergang von der Cervix in das Corpus, und zwar die hintere Wand.

In dem einen der beschriebenen Fälle hatte eine alte Metritis die Perforation begünstigt. In den beiden anderen Fällen war die Verletzung selber eine ganz geringfügige; dagegen fand sich eine sehr ausgedehnte Zerstörung des Gewebes, durch eitrige Einschmelzung desselben. In diesen beiden, wahrscheinlich schon vorher infizierten Fällen hatte nach Ansicht M.'s die paralytische Uteruswand die günstigen Bedingungen für die Perforation geschaffen. Was die Therapie anlangt, so soll man den infizierten Uterus totalexstirpieren und bei dem nicht infizierten Uterus die Perforationsöffnung vernähen und die Bauchhöhle event. drainieren.

Sitzung vom 18. Dezember 1902.

1) Bouchacourt legt die Dokumente vor, die einen in der Literatur erwähnten, gerichtlich beglaubigten Fall von Superfoetatio betreffen. Die Beobachtung, die aus dem Jahre 1782 stammt, wird schon von Baudelocque als absolut glaubwürdig angesehen. Die bis jetzt noch nicht publizierten Akten, die die Unterschriften mehrerer Notare und anderer Beamten tragen, werden in extenso vorgelesen. Es handelte sich um eine Frau, die 5 Jahre in kinderloser Ehe gelebt hatte und nach der ersten Konzeption im 7. Monate niederkam. 5 Monate und 16 Tage nach dieser ersten Geburt erfolgte die zweite Geburt eines lebensfähigen Kindes — die Maße etc. sind leider nicht angegeben; doch blieb das Kind am Leben.

B. glaubt, daß die Konzeption eines zweiten Kindes in den ersten 4 Monaten der Gravidität, wo die Passage in den Uterus noch frei sei, wohl möglich sei, zumal das Fortbestehen der Ovulation mehrfach bewiesen sei. Für die Möglichkeit einer Superfoetatio spricht ferner die wichtige Beobachtung Noble's: Doppelte Tubargravidität mit einem 8 bezw. 4 Wochen alten Fötus.

Auf diese Weise wären dann auch ungezwungen die Fälle von beträchtlichen Entwicklungsdifferenzen zweier Zwillinge zu erklären, wie sie mehrfach beschrieben sind.

2) Blondel: Geplatzte Tubargravidität. Laparotomie. Exitus.

Die Diagnose werde leider immer noch häufig nicht gestellt, so daß die Pat. erst in extremis zur Operation kämen.

3) Diskussion über den Vortrag Tissier's: Ein Fall von Barlowscher Erkrankung.

Rothschild hat unter 3000 Neugeborenen keinen Fall dieser Erkrankung beobachtet. Er hat sich zur Orientierung an Baginsky, Czerny und Monty (Wien) gewandt. Ersterer sieht jährlich ca. 10 solcher Fälle; er glaubt, daß bei vielen Fällen ein Zusammenhang zwischen Erkrankung und Genuß sterilisierter Milch vorhanden sei.

Czerny äußert sich ähnlich; der längere ausschließliche Gebrauch sterilisierter Milch oder von Milchpräparaten führe zuweilen zu der erwähnten Erkrankung.

Budin hat ebenfalls in den letzten 10 Jahren keinen entsprechenden Fall gesehen.

4) Mauclaire und Macé demonstrieren einen puerperalen Uterus mit Perforation.

Budin und Maygrier halten es nicht für unmöglich, daß es sich in dem Falle um eine lokale Gangrän und keine Perforation handele, was eventuell von gerichtlich-medizinischer Bedeutung sein könne.

5) Brindeau: Demonstration eines vor der Geburt durch Nabelschnurumschlingung abgestorbenen Fötus.

B. hat drei Fälle beobachtet. Das Absterben des Fötus längere Zeit vor der Geburt auf diese Weise ist sehr selten. Die Diagnose ist schwer zu stellen.

Heftige, unregelmäßige, kurz dauernde Schmerzattacken am Ende der Schwangerschaft ohne Veränderungen am Muttermunde sind diagnostisch zu verwenden.

Budin betont, daß auch artefiziell, nämlich durch die äußere Wendung, ein solches Ereignis hervorgerufen werden könne, wovon mehrere Beispiele bekannt seien.

6) Lemaire: Kongenitale Cyanose; multiple Mißbildungen des Herzens.

Zwei Beobachtungen.

In dem ersten Falle handelte es sich um ein Kind, das am 18. Tage p. p. unter zunehmender Cyanose zugrunde gegangen war. Bei der Autopsie fand sich Verdoppelung des Ductus Botalli; enorme Hypertrophie des linken Herzens und Ausgang der Aorta aus dem rechten Ventrikel; Kommunikation zwischen Vorhöfen und Ventrikel.

Der zweite Fall unterschied sich von dem ersten nur dadurch, daß ein Septum zwischen den Ventrikeln vorhanden und der linke Ventrikel vollkommen atrophisch war. **Engelmann jun.** (Hamburg-Eppendorf).

---

4) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Nordengland.

(Lancet 1902. Dezember 13.)

Gemmel (Liverpool) berichtet über einen Fall von primärer Tuberkulose des Ovarium. Das Netz war den Bauchdecken adhärent und die Därme waren unter sich und mit dem faustgroßen Tumor verwachsen. Bei der Lösung zerriß der Tumor und es entleerte sich fötider Eiter. Die Tube enthielt nur wenig Eiter und das Fimbrienende derselben war geschlossen. Die mikroskopische Untersuchung ergab gut ausgesprochene Riesenzellen, jedoch keine Tuberkelbazillen. Auf dem Peritoneum oder an anderen Teilen des Körpers wurden Tuberkel nicht wahrgenommen.

Favell (Sheffield) gibt die Krankengeschichte einer Frau, bei der er vor 4 Jahren eine Ovariencyste entdeckte, deren Operation verweigert wurde. 2 Jahre später wurde die Frau durch Wendung entbunden. Bei einer wiederholten Geburt erwies sich der Kaiserschnitt als notwendig, worauf die fest im Douglas verwachsene Dermoidcyste entfernt wurde. **Rissmann** (Osnabrück).

---

5) Gynäkologische britische Gesellschaft.

(Lancet 1902. November 22 u. Dezember 27.)

Mayo Robson präsidiert.

Herbert Snow legt ein Monoma (weiches, cystisches Myom) vor, das deshalb interessiert, weil daneben drei harte Myome von gewöhnlicher Struktur sich vorfanden.

Macnaughton Jones demonstriert: 1) Ovarium, Tube und daran hängender Wurmfortsatz mit Steinen. Die Pat. hatte vor 8 Jahren Peritonitis gehabt und seitdem mehrere leichtere Anfälle. 2) Eine große Blutcyste im rechten Ovarium und cystisches linkes Ovarium nebst Hydrosalpinx.

O'Callaghan berichtet über eine Tubarschwangerschaft im linken Lig. latum, die sekundär geplatzt war. Pat. genas nach der Köliotomie.

Jordan beobachtete eine Frau im 5. Monate der Gravidität, nachdem dieselbe schon 8 Monate andauernd geblutet hatte. Es fand sich ein Karzinom der Cervix, das mit gutem Erfolge operiert wurde.

Edge entfernte eine Dermoidcyste mit Stieltorsion im 6. Schwangerschaftsmonate.

Darauf sprach Macnaughton Jones über konservative abdominale Operationen bei Adnexerkrankungen.

Er empfiehlt die Salpingostomie und Resektionen am Ovarium. Bei doppelseitigen Adnexerkrankungen soll die Pat. die Entscheidung in der Wahl der Operationen treffen.

O'Callaghan hält nicht viel von konservativen Operationen.

Edge betont, daß man oft das Ovarium erhalten kann, wenn man die kranke Tube entfernt.

Jessett und Mayo Robson protestieren gegen die Entfernung des gesunden Ovarium, worauf der Vortr. erwidert, er sei mißverstanden.

In der Sitzung am 11. Dezember führt der Vizepräsident Heywood Smith den Vorsitz.

Macnaughton Jones demonstriert zunächst verschiedene Formen von Myomen, ganz besonders kuglige Formen, die in die Primärgeschwulst eingeschlossen sind, ferner Myome in schleimiger Erweichung und mit Verkalkungen.

O'Callaghan hat einen Uterusvorfall bei einer 18jährigen, jungfräulichen Pat. mit Ventrifixation behandelt.

Mehrere Redner können von der erwähnten Operation dauernden Nutzen nicht erhoffen.

Stanmore Bishop beschäftigt sich mit Operationen an den Lig. sacrouter. bei Uterusprolaps.

Jessett hatte zuerst die Idee, neben der Ventrifixation an den Lig. sacrouter. zu operieren, was B. aber unbekannt war. B. beschreibt seine Technik.

Macnaughton Jones weist darauf hin, daß schon B. S. Schultze auf die Bedeutung der hinteren Befestigungsbänder des Uterus hingewiesen habe, und daß auch Operationen an denselben schon mannigfach ausgeführt seien.

Die weitere Diskussion wird vertagt. **Rissmann** (Osnabrück).

Neueste Literatur.

6) Revue de gynécologie Bd. VII. Hft. 1.

1) Bérard und Descos (Lyon). Die Leukocytose und ihr Nutzen für die Diagnose gewisser Genitalleiden der Frau.

Im Anschluß an die diesbezüglichen Arbeiten von Curschmann und Tuffier für die Appendicitis und die von Dützmann und Laubenburg (Zentralblatt für Gynäkologie 1902 Nr. 14 u. 22) für die Genitalleiden der Frau machten die Verff. in 25 zweifelhaften Fällen Blutuntersuchungen, deren Material sie am Operationstage selbst den vorbereiteten Kranken bei absolut nüchternem Magen entnahmen. Unter diesen Bedingungen fällt der normale Leukocytengehalt etwas niedriger aus (5000—6000 auf 1 ccm); die Hyperleukocytose bei akuten Eiterungen belief sich daher auf nur 11000—21000 im Kubikmillimeter, diejenige bei subakuten auf 7000—10000. Der Leukocytengehalt des Blutes, der bei Erhaltung der cellulären Schutzstoffe einen Gradmesser für die wechselnde Virulenz der Bakterien darstellt, erscheint den Verff. von großer Wichtigkeit für die Wahl des Zeitpunktes einer Operation bei infektiösen Genitalleiden.

2) Viannay (Lyon). Phimose des Collum uteri.

Mit diesem Namen bezeichnet der Autor mit seinem Chef Jaboulay eine den oberen Teil der Vagina betreffende angeborene Mißbildung in Gestalt einer queren Scheidewand, welche das Scheidengewölbe von dem trichterförmig verengten vorderen Abschnitte der Vagina abtrennte. Das enge Gewölbe, welches durch ein zentrales Loch eben für den Finger zugängig war, umgab präputiumartig das kleine Kollum, das einem $5^1/_2$ cm langen Uterus zugehörte. Schwere dysmenorrhoische Beschwerden, die Verf. mit einer Art Einklemmung des turgeszenten Kollum erklärt, schwanden nach der Inzision (bei der 36jährigen Nullipara). Narbenbildung wird trotz Scharlachs im 17. Jahre und Beginn der Beschwerden zu dieser Zeit geleugnet. Mikroskopische Untersuchung fehlt.

3) Daniel (Paris). Das Verhalten der Adnexe bei Uterusfibromen (anatomische Studie).

Es wird geschildert an der Hand von 69 während 11 Jahren an der Pozzischen Klinik operierten Fällen und an 136 seit 1835 publizierten Beobachtungen.

Die Veränderungen an den Adnexen betreffen die ganze bekannte Pathologie derselben, und zwar mit einer Häufigkeit von 59%, wenn man rein mikroskopische Befunde mit einrechnet. Es fand sich bei Pozzi Salpingitis catarrhalis in 25,7%, Salpingitis chronica (Pachysalpingitis) in 18,88%, Salpingitis purulenta nur 2mal, Sactosalpinx purulenta in 11,43%, darunter 3mal mit Ovarialabszessen, während den literarischen Angaben nach die Gesamtzahl eitriger Adnexaffektionen bei Uterusfibromen 16,17% beträgt. Hydrosalpinx ließ sich bei Pozzi in 14,03% der Fälle konstatieren (4mal doppelseitig), Hämatosalpinx in 2,88%. Tubentuberkulose kam nie vor; ebenso wenig Extra-uterin-Gravidität, für welche aus 15 bisher publizierten Fällen nur 2mal die Verlagerung des Ostium uterinum tubae als Entstehungsursache angenommen werden kann. Chronische Oophoritis ist bei Pozzi konstant zu verzeichnen (Bulius, Cornil), kleincystische Degeneration des Ovars in 21,42%, Hypertrophie des Corpus luteum 1mal, desgleichen Miliartuberkulose des Ovars 1mal. Proliferierende Ovarialkystome begleiteten 2mal (2,88%) das Uterusfibrom; ein Dermoid fand sich nur 1mal, desgleichen ein gleichseitiges Fibroma ovarii, während ein Sarcoma ovarii gänzlich fehlt. Auch für maligne Ovarialtumoren bei Uterusfibromen werden nur Beispiele aus der Literatur angeführt. In 2,88% der Pozzi'schen Fälle bestanden Cysten des Lig. latum; in 5,71% fand sich eine Varicocele tubo-ovarica, in 9,14% peritoneale Adhäsionen. Von 136 Fällen ist 6mal (3,68%) der Tod auf die begleitenden Adnexaffektionen zurückzuführen. Degenerationserscheinungen der Fibrome übten 2mal ihren Einfluß auf die Adnexe aus: ein faustgroßes, gangränöses Fibrom hatte Verwachsungen mit dem Darm und Gangrän des Ovars zur Folge, ein teleangiektatisches Myom eine Varicocele des Lig. latum, Stieldrehung des Tumors oder Achsendrehung des Uterus fehlten gänzlich.

4) Luys (Paris). Die Methode der Trennung des Harns beider Nieren von einander in der Blase.

Nach dem Vorgange von Lambotte, Neumann, Harris und auf der experimentell erhärteten Tatsache fußend, daß durch einfachen Fingerdruck auf den Blasengrund zwei getrennte Logen entstehen, die den Harn des gleichseitigen Ureters in sich aufnehmen, gab L. einen mittlerweile von Garrè im 1. Hefte der Therapeutischen Monatshefte 1903 beschriebenen und auch in einem Referate des Zentralblatt für Chirurgie Nr. 11 p. 325 erwähnten »Urinseparator« an, welcher u. a. von Israël, Casper, Rotter, Nitze, Posner, Garrè, Lewin erprobt worden ist. Das Prinzip desselben ist folgendes: Nach Einführung des doppelläufigen Katheters wird auf einfache Schraubenumdrehung hin eine dünne, in der Konkavität des Katheters gelegene und an einer feinen Kette dehnbare Kautschuklamelle in der Mitte zwischen den Ureterenmündungen und dem Orif. inter. vesicae eingeschoben. (Ein neueres Modell hat Übelstände, wie Druck auf den Blasenhals durch zu große Länge der Kautschukwand, die Entstehung eines kleinen retroprostatischen Sackes durch ungenaue Adaption des Instrumentes an die Blasenwand, die ursprüngliche Aspiration des Harns vermeiden gelernt.) Bei der Anwendung sind folgende Punkte zu beachten: Die Kautschuklamelle ist auskochbar in sodafreiem Wasser, sie darf nicht den geringsten Riß haben; Abnahme des Blasenharns zu Vergleichszwecken; Blasenspülung bis zu absoluter Klarheit der Spülflüssigkeit, Zurücklassen von 50 ccm Flüssigkeit in der Blase, Einführung bei beiden Geschlechtern wie üblich unter event. Dilatation mit Hegar'schen Dilatatorien (bis Nr. 8), danach Aufsitzen des Kranken mit Unterstützung der Füße, Spannung der Membran, leichtes Zurückziehen und Aufheben des Stieles, jetzt erst Abfließenlassen der retinierten Borlösung, die noch eine Weile tropfenweise nachläuft, ehe der getrennt aufzufangende Urin folgt; nach 10—15 Minuten Ersetzen der Auffanggläser durch andere bis zur Dauer von $^3/_4$ Stunden.

L. (Hartmann'scher Schüler) hat mehr als 200mal seinen Apparat angewendet und teilt eine ganze Reihe mit Hilfe desselben diagnostizierter Fälle mit. Unmöglich war sein Gebrauch 6mal, teils wegen verlegter Wege, teils wegen Cystitis.

5) **Legueu-Cathelin** (Paris). **Die endovesikale Trennung des Harnes beider Nieren mittels des graduierten Divisors.**

Der Legueu'sche Apparat unterscheidet sich von dem Luys'schen darin, daß zwei bewegliche Sonden sich zur Vermeidung von Urinseen direkt vor die Ureterenmündung legen sollen, daß die Kautschukmembran einem ausgekehlten Schnabel aufsitzt, der dem oberen Rande der Symphyse anliegt, daß sie an einem graduierten Mandrin je nach der vorher festgestellten minimalen Kapazität der Blase beweglich ist und sich fächerförmig zusammenklappt. Der Kranke bleibt in Horizontallage; die Aspiration wird erreicht durch Injektion einer halben Guyon'schen Spritze; Dilatation oder Anästhesierung sind unnötig; der Apparat ist auskochbar. **Bruno Bosse** (Frankfurt a/M.).

Extra-uterin-Gravidität.

7) **Jordachescu.** **Ein Fall von »Extra-uterin-Schwangerschaft« mit sekundärer abdominaler Entwicklung bis zum Termin.**

(Spitalul 1903. Nr. 3. [Rumänisch.]

Zeitweilige Ohnmachtsanfälle, Erbrechen, Nasenbluten und heftige Bauchschmerzen waren die Hauptsymptome, über welche die 30jährige VIpara geklagt hatte. Letzte Regel vor 11 Monaten, worauf sich in der rechten Bauchhälfte ein stetig wachsender Tumor entwickelte, in welchem Pat. öfters sehr schmerzhafte Bewegungen verspürte. Die Bewegungen hatten 6 Wochen vor dem Eintritte ins Krankenhaus aufgehört, und es war eine abundante Metrorrhagie aufgetreten. Die von Kiriac ausgeführte Laparotomie förderte einen 2800 g wiegenden toten Fötus zutage; Eihäute und Placenta waren den Därmen und dem Fundus uteri adhärent, so daß nicht alles entfernt werden konnte und tamponiert wurde, um Marsupialisierung herbeizuführen. Gleichzeitig bestand auch eine rechtsseitige Hydrosalpinx. Es handelte sich also um eine tubo-abdominale Schwangerschaft, die später ganz abdominal wurde. **E. Toff** (Braila).

8) **v. Holst.** **Ein Fall von »interstitieller Gravidität, geleilt durch Operation.**

(Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 10.)

37jährige Pat.; innerhalb 10 Jahren sechs Geburten, sämtlich spontan und glatt verlaufen. Seit 6 Monaten Zessieren der Menses, keinerlei Beschwerden. Plötzliches Auftreten von heftigem Schmerz im Leibe, Kollaps veranlassen die Unterbringung in der Klinik. Laparotomie: Nach Entfernung der Kruormassen, aus denen ein Teil des Fundus uteri, etwas nach rechts seitlich unten geneigt, hervorsieht, präsentiert sich der in der Bauchhöhle liegende Fötus der 18. Woche; der Nabelstrang führte zur Eihöhle. Rechte Adnexa normal; die linke Partie des Fundus, inbegriffen ein Teil der seitlichen Wand desselben, zu Kleinhühnereigröße ausgebuchtet, die Ausbuchtung verjüngt sich nach dem Tubenansatze; an der hinteren Seite dieser Hervorbuchtung ein zerklüfteter, etwa 4 cm langer Riß; der Nabelstrang verliert sich in einer blutdurchsetzten, schwammigen Masse — der Placenta. Auffallend war die Schrumpfung des Eisackes, der vor der Ruptur mindestens die Größe einer Mannsfaust gehabt haben muß. Nach Entfernung der Frucht Ligierung der linken Adnexa möglichst nahe am Uterus, Trennung der ganzen Ausbuchtung durch Zirkelschnitt mit der Richtung nach einwärts, trichterförmig, aus der Uterussubstanz, wonach in der Spitze des Trichters erbsengroß eine Partie uterine Schleimhaut erscheint. Die komprimierten Wundwände werden mit tiefgreifenden, starken Seitensuturen aneinander geschlossen und die Wundränder mit feinen Seidensuturen aneinander gelegt. Peinliche Bauchtoilette, Schluß der Bauchwunde. Ideales Wochenbett, 4 Wochen p. op. Entlassung, keine Beschwerden.

Trotz Verbotes weiterer zu zeitiger Schwangerschaft ist 4 Monate später Gravidität eingetreten. In der Voraussicht, daß die Narbe in dieser Zeit jedenfalls fest genug geworden ist, die Qualität der Wehen durch die Narbe nicht leiden und die Kontraktionen der Uterinmuskulatur ihrem Verlaufe nach eine Schädigung der Vereinigungsstelle nicht bewirken können, wurde von der Einleitung des Abortes abgesehen. Die im 7. Monate wegen Vorhandenseins eines ziehenden Schmerzes in der Gegend zwischen Nabel und Symphyse vorgenommene Untersuchung ließ wegen der frappierenden Genauigkeit, mit der die einzelnen Kindesteile durch die Bauchdecken hindurch fühlbar waren — sogar die einzelnen Zehen — nach wiederholten Untersuchungen) den Verdacht auf Bauchschwangerschaft aufkommen. Die daraufhin gemachte Probeinzision ergab graviden Uterus mit auffallend dünner Wandung, als Ursache der Schmerzen eine Netzadhäsion, die getrennt wurde. Der Fundus war wohlgebildet, die linke Uterusecke etwas abgerundeter als rechts, die Wandung links scheinbar dünner als rechts. Die nach 6 Wochen entlassene Frau kommt ca. 8 Wochen danach normal mit einem 3250 g schweren Mädchen nieder. Glatter Wochenbettsverlauf.

Verf. bespricht im Anschluß an die Krankengeschichte die Kardinalsymptome der interstitiellen Schwangerschaft, deren Ätiologie, Verlauf und Diagnostizierung. Ist die Diagnose gestellt, so hat die Laparotomie bald zu erfolgen; wird die Diagnose vermutet, so sollte auch hier eine Probelaparotomie stattfinden, denn die Betreffende trägt sonst event. den sicheren Tod in sich, vor dem sie die Laparotomie bewahren kann. Nach erfolgter Ruptur hat natürlich die Laparotomie zu erfolgen.

Es sind insgesamt 22 Fälle von interstitieller Gravidität veröffentlicht: 12 sind davon teils vor, teils nach der Ruptur operiert worden, 9 davon sind durch die Operation geheilt worden.

Im vorliegenden Falle war es am rationellsten, den ganzen Fruchtsack zu exstirpieren, dadurch wurden saubere, gesunde Wundwände geschaffen, deren exakte Vereinigung prima intentio erwarten ließ. Nach eingetretener Ruptur sollte vaginal nicht mehr operiert werden, hier muß schnell und unter Führung der Augen operiert, die Bauchhöhle nach Möglichkeit von Blut gereinigt, auch kann bei Laparotomie bestehenden Blutungen besser Einhalt getan werden. — Der Arbeit ist die Abbildung beigegeben. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

9) **F. Mc Cann** (London). Klinische Beobachtungen einiger Fälle von frühzeitiger Tubengravidität.

(Sonderdruck aus Clinical journ. 1902. April 30.)

Verf. betont die Wichtigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose der Extrauterin-Schwangerschaft. Nur so kann man den schweren Folgen der Ruptur des Fruchtsackes vorbeugen. Drei wertvolle Punkte resultieren nach Verf.s Meinung aus den fünf von ihm mitgeteilten Beobachtungen:

1) Die Notwendigkeit einer sorgfältigen bimanuellen Untersuchung bei jedem Falle von Abortus imminens.

2) Die diagnostische Bedeutung eines mäßigen, konstanten, dunkelgefärbten Ausflusses aus der Scheide.

3) Die differentialdiagnostische Bedeutung des Verhaltens des Pulses bei intraperitonealer Blutung infolge von geplatzter Extra-uterin-Schwangerschaft und Darm- oder Magenrupturen. Hier immer fühlbar, klein, fadenförmig, die akute Peritonitis voranzeigend; dort oft nicht mehr zu fühlen.

Auch die Gesichtsfarbe ist von großer Wichtigkeit. Bei Blutung durch Extrauterin-Gravidität einfach stark blaß, im anderen Falle eher livid.

G. Frickhinger (München).

10) **W. S. Handley.** Über paratubale Hämatokele.

(Journ. obst. gyn. brit. empire 1903. Dezember.)

Mit obigem Ausdrucke bezeichnet H. eine abgekapselte, geschwulstartige Hämatokele, welche durch einen Riß in der Tube entstanden ist, und welche die

Tube nicht umgibt, sondern nur auf einer Seite derselben aufsitzt. Er hat das Präparat in der Sammlung des St. Thomas-Hospitals gefunden und beschreibt dasselbe eingehend. Die Ursache ist dunkel; keine Spur eines Fötus konnte gefunden werden, doch muß eine Tubenschwangerschaft angenommen werden, um so mehr, als Ostium und Lumen der Tube offen standen.

Die Wand der Hämatokele ist nur in geringer Ausdehnung gebildet durch die ausgedehnte Tubenwand. Dann verschwindet sie und ist ersetzt durch eine Schicht fibrösen Gewebes ohne jeden Endothelbelag.

Engelmann (Kreuznach).

11) **K. Tauszk.** Ein Fall von rupturierter, interstitieller Gravidität.
(Liečnički viestnik 1903. Nr. 2. [Kroatisch.])

25jährige Pat., regelmäßig menstruiert, das letzte Mal vor 3 Wochen. Am 27. August 1902 gebadet, danach Krämpfe im Bauche, Erbrechen und Schwäche. Die Schmerzen und das Erbrechen hörten nach Mitternacht auf. 28. August früh wird Pat. neben dem Bette am Boden bewußtlos und ganz blaß gefunden. Der herbeigerufene Arzt ließ die Pat. mit der Diagnose innere Blutung sofort ins Krankenhaus transportieren. Portio weich, bimanuelle Untersuchung wegen Empfindlichkeit und Schwäche der Pat. nicht möglich, im Unterbauche gedämpfter Schall.

Diagnose: Innere Blutung, wahrscheinlich infolge Tubarruptur oder -Abort. Wegen großer Schwäche vorerst 800 g Hypodermoklyse, darauf Operation (Primararzt Dr. T. Wikerhauser). Der Unterbauch voll Koagula, darin das 8 cm lange Ovulum. Am Fundus des Uterus eine über 2 cm lange zerrissene Wunde, aus der Chorionzotten hervorhängen und durch die man in die Uterushöhle kommt. Während man den Riß versorgen will, kollabiert Pat. und es tritt nach kurzer Zeit Exitus ein.

Sektion. Uterus weich, vergrößert. Die Uterushöhle leer, mit locker sitzender Decidua ausgekleidet, außer in der linken Tubenecke und im benachbarten Fundusteil. Das Corpus uteri ganz asymmetrisch, der linke Teil ist größer und stärker entwickelt als der rechte, und zwar so, daß alle entsprechenden Punkte des linken Teiles höher und weiter von der Mittellinie liegen als die der rechten. Diese Differenz beträgt in der Längsrichtung bei den Tuben und Lig. ovarii 2,5 cm, beim Lig. rotund. 1 cm, in der Querrichtung 1 cm. Gegeneinander verhalten sich die genannten Gebilde wie gewöhnlich; das Lig. rotundum ist zweimal so dick als rechts. Der höchste Punkt des Fundus liegt links von der Mittellinie. Der Riß im Uterus ist 3 cm lang, er liegt in frontaler Richtung am Fundus, beginnt 1,5 cm vor der uterinen Mündung der linken Tube. An der inneren Fläche um diese Wunde und die linke Tubenmündung die Uteruswand wie zerklüftet, von Decidua entblößt, auf 0,3—0,5 cm verdünnt, während sie in der Umgebung, besonders medial rasch wieder dick wird (1,5—2 cm). Infolgedessen entstand an dieser Stelle in der Uteruswand eine eigroße Höhle.

Verf. befaßt sich hauptsächlich mit der anatomischen Seite dieses Falles und kommt zum Schlusse, daß die Asymmetrie der Form und die Ungleichheit in der Entwicklung beider Uterushälften mit unzweifelhaften Schwangerschaftszeichen, weiters die höhere Lage der Tube, des Lig. rotundum und ovarii bei normalen gegenseitigen Verhältnissen und schließlich die durch Verdünnung und Zerklüftung der Uteruswand in der Gegend der linken Tubenmündung entstandene Höhlung mit Ruptur an der höchsten Stelle unzweifelhaft beweisen, daß es sich um eine Gravidität im interstitiellen Teile der linken Tube handelt, welche sich in eine tubo-uterine verwandelte und bei der es in der Mitte des 3. Monates zur Ruptur am gespanntesten Teile kam, der auch als Sitz der Placenta diente.

In diesem Falle ist ungewöhnlich der vollkommene Mangel einer Blutung nicht nur nach außen, sondern auch in die Höhle des Uterus, welcher offenbar mit der vollständigen Auslösung der Placenta, mit ihrem Sitze an der Rupturstelle und mit den starken Uteruskontraktionen in Verbindung war.

v. Čačković (Agram).

12) A. Bertino (Cagliari). Extra-uterin-Schwangerschaft oder Retention des abgestorbenen Fötus in der Uterushöhle?

(Ann. di ost. e gin. 1902. Mai.)

Verf. bespricht an der Hand der Literatur und unter Mitteilung eines selbstbeobachteten Falles die Frage der abnormen Retention des abgestorbenen Eies (»Missed labour«) und die Differentialdiagnose gegenüber der Extra-uterin-Gravidität. Es ist sehr wahrscheinlich, daß eine große Anzahl (vielleicht die meisten) der als »Missed labour« oder Retentio foetalis gedeuteten Fälle in Wirklichkeit nichts anderes sind als Extra-uterin-Schwangerschaften. Der ausführlich beschriebene Fall des Verf.s illustriert die Schwierigkeit und Kompliziertheit der diagnostischen Verhältnisse. Es handelte sich um eine 30jährige IVgravida, deren Schwangerschaft von Anfang an unter abnormen Erscheinungen (Schmerzen im Leib, später Ohnmachten und Erbrechen) verlief. Im 7. Monate der Gravidität kam es zu einem mäßigen Blutabgang, späterhin zu einem gelbbrötlichen Ausfluß. Die Einlegung eines Bougie hatte keinen Erfolg, da auch jetzt der Fötus nicht abging. Mehrere Monate danach wurden fötale Knochenteile per vaginam ausgestoßen; außerdem kam es zu einer Perforation an der Nabelnarbe, wobei sich fötider Eiter und nekrotische Gewebsfetzen entleerten. Die Kranke kam natürlich sehr herunter. Der Versuch, die Entleerung der fötalen Reste per vias naturales herbeizuführen, schlug fehl; es wurde daher zur Laparotomie geschritten. Hierbei zeigte sich nun, daß der von außen fühlbare, nach unten direkt in die Cervix fortgesetzte und deswegen als Corpus uteri angesprochene Tumor in der Tat einem einzigen, mit fötalen Knochen und einer bräunlich-fötiden Flüssigkeit angefüllten Hohlraum entsprach. Dieser (jedenfalls teilweise von dem Uteruscavum gebildete) Sack war breit mit der Bauchwand verwachsen. Entleerung des Hohlraumes, Abschabung der Wandungen, Tamponade; völlige Heilung. Bei der späteren Untersuchung war nur ein annähernd normal großer, der vorderen Bauchwand adhärenter Uterus zu fühlen. Verf. nimmt an, daß es sich im Beginn der Erkrankung um eine extra-uterine (Tubar-) Schwangerschaft (auf der linken Seite) gehandelt habe. Dieselbe führte zur Ruptur des Fruchthalters, zum Austritt des Fötus in die freie Bauchhöhle (peritonitische Reizerscheinungen) und Bildung einer Hämatokele, bezw. eines abgekapselten Fruchtsackes, alsdann zu einer Adhärenz, und später Kommunikation zwischen Uterus und Fruchtsack — in der Weise, daß beide gemeinsam einen cystischen Hohlraum bildeten (an dem übrigens die Verbindungsstelle noch deutlich erkennbar war) — schließlich Fäulnis des Inhaltes und teilweise Entleerung der nekrotischen Teile des Fötus.

H. Bartsch (Heidelberg).

13) Hahn. Zur Frage der Häufigkeit und Ätiologie der Tubargravidität.

(Aus den Jahrbüchern der Wiener Krankenanstalten.)
(Münchener med. Wochenschrift 1903. No. 6.)

Verf. kommt auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen zu folgenden Schlußfolgerungen: Die häufigste Ursache der Extra-uterin-Schwangerschaft ist zweifellos die Gonorrhoe. Die Extra-uterin-Schwangerschaft kommt daher häufiger dort vor, wo auch die Gonorrhoe häufiger, also in großen Städten. Die Zahl der Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft scheint in den letzten Jahren zugenommen zu haben. Die Ursachen dafür liegen teils in der immer mehr um sich greifenden Seuche der gonorrhoischen Infektion, der trotz aller prophylaktischen Maßregeln auf sozialhygienischem Gebiete nicht beizukommen ist, teils in der Vervollkommnung der Diagnose und Behandlung der Tubenschwangerschaft in den letzten Jahren, so daß viele Fälle als solche erkannt und der Heilung zugeführt werden, die früher für etwas anderes gehalten und dem entsprechend behandelt wurden. Die Extra-uterin-Gravidität ist daher keineswegs die seltene Krankheit, für die sie lange Zeit gehalten, sondern gehört zu den häufiger vorkommenden Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. Die Erfolge der Behandlung der ektopischen

Schwangerschaft, sowohl die der operativen als die der konservativen, sind überaus gute, so daß die Gefahr der Extra-uterin-Gravidität, die früher für sehr groß gehalten wurde, wesentlich verringert ist und die Prognose in den allermeisten Fällen von vorn herein als eine günstige bezeichnet werden kann. Die beste Prophylaxe gegen Extra-uterin-Gravidität liegt in dem Schutze vor gonorrhoischer Infektion. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

14) J. O. Berenstein. Ein Fall einer ausgetragenen Extra-uterin-Schwangerschaft.

(Wratschesnaja Gaseta 1902. Nr. 39.)

L. R., 23 Jahre alt. Letzte Menstruation am 18. Juni 1901. Am 18. Juli nachts starke wehenartige Schmerzen im Leibe, Erbrechen, kalter Schweiß, Ohnmacht. Nach einer Woche wurde der Zustand der Pat. besser. Es wurde Tubenschwangerschaft vermutet. Am 15. August wurden die Schmerzen stärker. Am 1. September akute Schmerzen in der rechten Seite des Leibes, Erbrechen, Ohnmacht, geringe Blutungen aus den Genitalien. Es wurde Ruptur der rechten Tube mit Blutabgang in die Bauchhöhle diagnostiziert und Ruhe, Eisbeutel auf den Leib und Opium verordnet. Im Laufe des September und Oktober lag Pat. zu Bett. Am 2. Oktober wurden zuerst Bewegungen der Frucht gefühlt. Bis zum Beginne des 9. Monates fühlte sich Pat. wohl; dann traten wieder Leibschmerzen ein, die besonders bei Bewegungen der Frucht stark waren. Am 22. März wurden die Schmerzen besonders stark. Es wurde Extra-uterin-Schwangerschaft diagnostiziert und Pat. in das jüdische Krankenhaus zu Kiew transportiert.

Am 23. März wurde Pat. von Dr. W. J. Perlis operiert. Der Fruchtsack war mit der Bauchwand adhärent; im oberen Teile des Sackes Ruptur, aus der in die Bauchhöhle blutige Flüssigkeit floß. Der Sack wurde vorn der Mittellinie nach geöffnet; der Schnitt traf die Placenta, die schnell abgesondert wurde; dann wurde die Frucht extrahiert. Da der Sack oben und hinten, auch im unteren Segment mit den Därmen zusammengewachsen war, konnte er nicht im ganzen entfernt werden; es wurden nur die nicht adhärenten Teile (ca. die Hälfte des Sackes) entfernt; der übrige Teil an die Bauchwand angenäht. Nach Entfernung eines großen Teiles der Placenta, die auf der rechten Wand des Sackes lag, trat starke Blutung ein, die kaum durch Umstechung und Tamponade gestillt wurde. Afebriler Verlauf. Die Frucht, weiblichen Geschlechts, war stark asphyktisch, wurde nach 15 Minuten belebt, ist vollständig ausgetragen, normal entwickelt, 48 cm lang, 3690 g schwer; Kopfmaße: Umfang 36, Diam. bitemp. 8, bipariet. 10, fronto-occipit. $11^3/_4$, mento-occipit. 13, obliqua minor 10 cm; wird von einer Amme ernährt.

Verf. meint, daß nach Tubenruptur im 3. Monate der Schwangerschaft das Ei wahrscheinlich zwischen die Blätter des rechten Lig. latum fiel und dort sich weiter entwickelte, so daß in diesem Falle eine sekundäre Extra-uterin-Schwangerschaft (intraligamentäre Form) vorhanden war. Die Operation wurde etwas zu spät ausgeführt: bei der Operation wurde eine Ruptur des Fruchtsackes gefunden. Verf. meint, daß es in einigen Fällen von Extra-uterin-Schwangerschaft in der zweiten Hälfte möglich ist, bei befriedigendem Zustande der Mutter und unter der Bedingung der Beobachtung der Frau, den Schluß der Schwangerschaft abzuwarten, um eine lebende, gut entwickelte Frucht zu erhalten. **M. Gerschun** (Kiew).

15) Condamin (Lyon). Extra-uterin-Schwangerschaft von 8 Jahren.

(Lyon méd. 1902. Oktober 5.)

Pat., jetzt 39 Jahre, heiratete mit 18 Jahren und abortierte 6 Monate darauf. 1893 (in welchem Monate? Ref.) Ausbleiben der Regel und Symptome erneuter Schwangerschaft. Im Juli 1894 4 Tage lang Wehen; ebenso nach 2 Monaten, mit Milchausfluß. Von da an folgt völliges Wohlbefinden. (Verhalten der Menstruation nicht erwähnt. Ref.) 1895 Diagnose Fibrom; 1901 Diagnose fötaler Tumor. Tumor hart, solid, rundlich, nicht schmerzhaft, rechts. Operation am 10. Januar 1902. Verwachsung mit dem Wurmfortsatze, Resektion desselben, Entfernung des Tumors in toto; er enthält einen geschrumpften, aber gut erhaltenen Fötus.

Zeiss (Erfurt).

16) **B. Bandel** (Nürnberg). Ein Fall von Eierstocksschwangerschaft.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 3.)

Zufallsbefund bei der Sektion eines an Angina Ludovici gestorbenen, 22jährigen Mädchens. Das linke Ovarium ist in einen gut hühnereigroßen, prall gefüllten Sack verwandelt, der eine Menge geronnenen Blutes und Eierstockselemente in seiner Wand enthält. Als fötales Gewebe könnten nur einige gallertige Bestandteile angesprochen werden, die jedoch nicht mikroskopisch untersucht sind. Das Vorhandensein von Luteinzellen an der Innenseite der Sackwand zeigt, daß die Blutmassen einem vergrößerten Corpus luteum entsprachen. In demselben mußte sich ein befruchtetes Ei befunden haben, das abgestorben und in eine Blutmole verwandelt worden war. — Die linke Tube ist ungewöhnlich lang (10 cm) und verdickt, überall frei beweglich, nur das Fimbrienende ist mit der Außenwand der Geschwulst fest verwachsen, der Fimbrientrichter ist vollkommen obliteriert (nicht mikroskopisch kontrolliert; Ref.), die Schleimhaut der ganzen Tube ist verdickt. Die rechten Adnexe sind fest in einander verwachsen und entzündlich verändert.

Calmann (Hamburg).

17) **C. Marocco** (Rom). Über die Frühdiagnose der Extra-uterin-Schwangerschaft und ihre Zufälle. — Notiz über die Technik der hohen Cervixamputation.

(Aus den Verhandlungen der italienischen geburtshilfl.-gynäkolog. Gesellschaft 1901. Oktober.)

Verf. teilt einige Fälle mit, wo Extra-uterin-Schwangerschaft übersehen wurde trotz wiederholter, auch in Narkose vorgenommener Untersuchungen. Zwei davon sind etwas eingehender besprochen. Die erste Pat. kam fiebernd mit Abortusblutung herein, wurde ausgekratzt und tamponiert. Die herausbeförderten Massen erwiesen sich histologisch als Eihäute. Am 7. Tage entdeckte man links, dicht am Fornix, eine cystische Geschwulst. Diese wird inzidiert, ein macerierter, 12wöchentlicher Fötus entweicht, aber die Eihäute lassen sich nicht entfernen und stießen sich erst in langwierigen saprämischen Prozessen ab. Die zweite Pat., 18 Jahre alt, ledig, kam wegen Hypertrophie der Cervix, die aus den kleinen Labien hervorsah. Es wurde ein 8—9 cm langes Stück abgetragen. Am 6. Tage brach durch das linke Scheidengewölbe ein kolossales Hämatom sich Bahn — etwa 2 Liter Blut —, was sich seit dem 2. Tage nach der Operation gebildet hatte. Aus der Fistelöffnung wurde dann am 17. Tage eine Membran mit Zotten ausgestoßen. Eine Extra-uterin-Schwangerschaft, die übersehen worden war, hatte demnach in das Ligament rupturiert und dort das Hämatom gebildet.

Bei der hohen Cervixamputation sticht Verf. — nach beendeter Präparation — wenig über der projektierten Schnittebene, kreuzweise zwei lange Fäden durch die Portio, die ihm dann vier Hauptfixationspunkte für die Naht abgeben.

Zeiss (Erfurt).

18) **H. Keiffer.** Ein Fall von geplatzter utero-tubarer Schwangerschaft, bis zum 7. Monate entwickelt. Fötus abgestorben. Laparotomie. Genesung.

(Journ. de chir. et ann. de la soc. Belge de chir. 1902. Nr. 5.)

40jährige Vgravida. Die vorausgegangenen Geburten und Wochenbetten normal. Seit einigen Wochen in der Stärke wechselnde Blutungen; schließlich roch der Ausfluß übel. Heftige Unterleibsschmerzen; Leber vergrößert; Puls frequent; geringes Fieber. Rechts neben dem Uterus, in ihn übergehend, ein mäßig beweglicher, kindskopfgroßer Tumor. Durch Curettage des Uterus wurde normale und zersetzte Placenta herausbefördert. Nach vorübergehendem Ikterus erholte sich die Kranke. Trotzdem klagte sie über sehr heftige Unterleibsschmerzen. Deswegen Köliotomie. Es fand sich ein großer weicher Uterus mit normalen linksseitigen Anhängen, rechts in einen großen, mit Netz und Därmen verwachsenen

Tumor übergehend, einen Fruchtsack, welcher, am Kolon aufsteigend, sich bis in die Nähe des Nabels entwickelt hatte. Er bestand aus der erweiterten Tube, dem rechten Lig. latum und der Placenta. Der Fötus lag unter Magen und Leber. Es gelang, den ganzen Fruchtsack zu exstirpieren. Genesung durch Bildung einer Darmfistel im unteren Wundwinkel und Stichkanaleiterungen verzögert.

Graefe (Halle a/S.).

19) **K. Kristinus** (Wien). Gleichzeitige Gravidität beider Tuben.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 47.)

Verf. operierte eine Frau, bei der sich beiderseitige gleichzeitige Tubenschwangerschaft fand. Dieselbe befand sich rechts im Stadium des abgelaufenen Abortus, links im Stadium der frischen Ruptur, nachdem einige Wochen früher ein kompletter Tubarabort mit Bildung einer Hämatokele erfolgt war; die Ruptur und Blutung erfolgte nicht in die Hämatokele, sondern in die freie Bauchhöhle. In keinem der Ovarien fand sich ein frisches Corpus luteum; trotzdem beide Ovarien entfernt worden sind, menstruiert die Frau normal weiter.

Keitler (Wien).

20) **F. L. Adams.** Vier Fälle von Extra-uterin-Schwangerschaft, auf vaginalem Wege behandelt.

(Med. age 1902. Nr. 10.)

1) Seit 6 Jahren verheiratete Nullipara. Stets gesund. Menses normal. Nach zweimonatlichem Ausbleiben derselben wehenartige Unterleibsschmerzen. Pat. lag 3 Wochen zu Bett, fieberte, schwitzte. Kolpotomia post. entleerte fruchtwasserähnliche Flüssigkeit. Placentaähnliches Gewebe wurde losgeschält. Starke Blutung. Tamponade. Langsame Genesung unter starker Eiterung.

2) 33jährige VIIpara. Geburten und Wochenbetten normal. Menses nie ausgeblieben. Anfänglich starke, später schwache, aber anhaltende Metrorrhagie. Großer Tumor hinten und links vom Uterus. Kolpotomia post. Ausräumung von Blutgerinnseln und Placentargewebe. Gazetamponade der Höhle. Genesung in 22 Tagen.

3) 29jährige, seit 10 Jahren verheiratete Nullipara. Schwangerschaft 6 Monate nach der Verheiratung. Krimineller Abort, gefolgt von Sepsis. Pat. lag damals 6 Wochen zu Bett. In den letzten 3 Jahren blutig-schleimiger Ausfluß. Menses einmal ausgeblieben. Unterleibsschmerzen. Fieber. Retrouteriner Tumor. Kolpotomia post. entleerte eine beträchtliche Menge Fruchtwasser. Entfernung einer erheblichen Menge von Placentargewebe. Starke Blutung. Gazetamponade des Sackes. Hohes Fieber machte längere Zeit 4stündliche Spülungen desselben notwendig. Genesung.

4) 30jährige, seit 3 Jahren verheiratete Nullipara. Vor 6 Jahren infolge eines Falles Beckenabszeß, der von der Scheide aus eröffnet wurde. Menses 6 Tage über die Zeit ausgeblieben. Pat. nahm Abortiva. Geringe Blutung, Fröste, hohes Fieber, heftige Unterleibsschmerzen, Meteorismus. Curettage ergebnislos. Linksseitiger Tubentumor; Kolpotomia post. Entfernung des Tumors, der sich als tubarer Fruchtsack erwies. Genesung. Ursache der Peritonitis nicht nachzuweisen.

Graefe (Halle a/S.).

21) **Anspach** (Pennsylvania). Vier Fälle von Extra-uterin-Gravidität mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie.

(Univ. of Pennsylvania med. bull. 1902. Juli.)

Bei der Unklarheit, welche noch über die bei der Entstehung der Tubargravidität mitspielenden Faktoren besteht, ist es immer begrüßenswert, wenn einzelne Fälle makroskopisch und histologisch möglichst genau auf ihre Ätiologie untersucht werden.

Verf. glaubt, daß eine gesunde Tubenschleimhaut keine Decidua bilden kann.

Der erste Fall behandelt eine interstitielle Tubarschwangerschaft bei einer Nullipara, die auf ein kleines Myom, welches die uterine Tubenmündung komprimierte, zurückzuführen ist.

Die ätiologische Bedeutung der Entzündungsvorgänge läßt sich meist weniger direkt aus dem pathologisch-anatomischen Befunde, als vielmehr aus den Antecedentien und Nebenumständen ableiten. Die Beziehungen zwischen Appendicitis und Entzündung der rechten Adnexe sind bekannt. In einem von den vom Verf. mitgeteilten Fällen handelte es sich um Tubentuberkulose, begleitet von Adhäsionen der Tube mit dem Omentum und alten entzündlichen Veränderungen des Wurmfortsatzes.

Bezüglich der Mißbildungen der Tuben glaubt Verf., daß sie allein nicht für die extra-uterine Einbettung des Eies verantwortlich gemacht werden können, es müssen entzündliche Prozesse hinzutreten. Auch hierfür wird ein praktisches Beispiel mitgeteilt. **G. Frickhinger** (München).

Myome.

22) **E. Pollak** (Wien). Heterotopie im histologischen Aufbau eines fibrösen Uteruspolypen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

P. entfernte bei einer 37jährigen, kinderlosen Frau einen pflaumengroßen, dünngestielten Polypen (Cervix?, Korpus?). Mikroskopisch erwies sich derselbe als zusammengesetzt aus glatter Muskulatur und fibrösem Gewebe; die Randpartien entzündlich infiltriert, ohne Epithelbelag. Im Innern der Geschwulst fanden sich an mehreren Stellen Inseln von Fettgewebe, welche sich scharf gegen das Bindegewebe abgrenzten. Kongenitaler Ursprung und Entstehung durch Degeneration werden ausgeschlossen. P. nimmt an, daß bei einer vor Jahren ausgeführten Auskratzung, nach welcher die Pat. ohnmächtig geworden war, eine Uterusperforation stattgefunden und das Netz die Perforationsöffnung verschlossen habe. So soll das dem Netz angehörende Fettgewebe den Kern zur Polypenbildung abgegeben haben. **Keitler** (Wien).

23) **Hegar.** Operation der Fibromyome des Uterus[1].

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 47.)

Der Vortr. gibt einen historischen Überblick über die Operationen der Uterusfibromyome nebst kritischer Besprechung der verschiedenen Arten derselben, deren Vor- und Nachteile. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

24) **Brouha** (Liège). Ein Fall von Fibromyom des Uterus, kompliziert durch Zwillingsschwangerschaft und Hydramnios.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 22.)

Bei einer 34jährigen IIIpara wurde eine Schwangerschaft im 4. Monate und eine rechtsseitige Ovarialcyste diagnostiziert. Deshalb Aufnahme in das Krankenhaus. Hier traten bald Wehen auf und in Narkose wurden nach Sprengung der Blase, wobei reichliche Mengen fötid riechenden Fruchtwassers abgingen, mazerierte Zwillinge entwickelt. Die weitere Untersuchung ergab, daß der als Ovarialcyste angesprochene Tumor der durch Hydramnios und Zwillinge stark ausgedehnte Uterus gewesen war, an dem links sich ein interstitielles Myom von der Größe eines schwangeren Uterus von $4^1/_2$ Monaten befand. Da die manuelle Expression der Placenta nicht gelang, wurde dieselbe mit der Curette entfernt. Wegen Nachblutung wurde dann noch mehrere Male curettiert.

---

[1] Vortrag, gehalten auf der Versammlung oberrheinischer Ärzte Juli 1902.

Die Temperatur schwankte in den ersten 3 Wochen zwischen 38—40°. Am 26. Tage post partum wurde nach mehrtägigen Wehen ein fötid riechendes Myom ausgestoßen. Bei der Untersuchung war der linksseitige Tumor verschwunden. Das Fieber sank jetzt und Heilung trat ein.

Verf. glaubt, daß der Abort hervorgerufen wurde durch eine Endometritis der Uterusschleimhaut, welche durch das Myom verursacht wurde. Durch die Curettage sei wahrscheinlich die Myomkapsel eröffnet worden; durch Infektion vom Uterus aus sei dann die Kapsel vereitert und durch die Wehen das losgelöste Myom ausgestoßen worden. **Rech** (Trier).

25) **P. Cavaillon** (Lyon). Uterusfibrom bei einem 13jährigen Kinde.

(Lyon méd. 1902. Juni 15.)

Ein Kind von 13 Jahren litt seit 15 Monaten an profusen Blutungen und Schmerzen mit schließlich erheblicher Beeinträchtigung des allgemeinen Ernährungszustandes. Die letzten drei Menstruationen blieben aus, aber die Schmerzen blieben bestehen. Ein Tumor füllt das kleine Becken aus und imponiert als der vergrößerte Uterus. Am 20. März 1902 wird laparotomiert, Hysterektomie nach Doyen. Tumor erweist sich als Myom der Korpuswandung mit freigebliebener Cervix. Kompressionserscheinungen hatte er nicht verursacht, weil die Hauptmasse (Gesamtgewicht 3 kg) immerhin im großen Becken lag. Den operativen Eingriff hielt Verf. für gerechtfertigt — trotz des Aussetzens der Blutungen —, weil er sich nichts von medikamentöser Behandlung versprach und auch die schwere Anämie und der schlechte Allgemeinzustand ein längeres Zögern nicht erlaubte. Befinden nach $3^1/_2$ Wochen gut. **Zeiss** (Erfurt).

26) **L. Loubet.** Über Enukleation von Uterusmyomen per Laparotomie.

Thèse de Paris, **Masson & Co.**, 1902.

Verf. zeigt an der Hand von 34 Fällen, welche er in der Klinik seines Lehrers Tuffier zu beobachten Gelegenheit hatte, wie wichtig und erfolgreich die Behandlung der Uterusmyome durch abdominale Enukleation ist.

Seit diese Operation in Deutschland durch Martin, Schröder, Freund, Olshausen, in Amerika durch Kelly eingeführt ist, hat dieselbe auch in Frankreich durch Monprofit, Témoin, Tuffier Verbreitung gefunden. Zum Beweise, daß die Enukleation der Uterusmyome eine gute und rationelle Operation ist, führt Verf. an 1) die Gutartigkeit der Geschwulst, 2) der erzielte Vorteil (Schwinden der Schmerzen und Blutungen), Erhaltung des für spätere Geburten wichtigen Organes, Leichtigkeit der Operation, 3) die operativen Resultate, welche ebenso gut sind wie bei Hysterektomie.

Es folgt genaue Beschreibung der operativen Technik, durch Abbildungen erläutert.

Die Enukleation der Uterusfibrome ist hauptsächlich angezeigt bei jungen Frauen und in den Fällen, wo der Uterus nur eine kleine Anzahl von Myomen aufweist. Kontraindikationen sind zahlreiche Myome, Adnexerkrankungen, Fehlen einer Geschwulstkapsel (diffuse Myome), Gangrän des Myoms.

Bei der Enukleation muß darauf geachtet werden, daß 1) die kleine Inzision genau median gemacht wird, um starke Blutungen zu vermeiden; 2) zweischichtige Naht des Uterus, tiefe Muskelnaht und sorgfältige Naht der Uterusserosa.

Die Myomhöhle wird nach der Uterushöhle drainiert nur in den Fällen, wo das Uteruscavum eröffnet wurde. **Rech** (Trier).

Verschiedenes.

27) Hunner und Harris (Baltimore). Akute allgemeine gonorrhoische Bauchfellentzündung.

(John Hopkins hospital bull. 1902. Juni.)

Verff. haben Gelegenheit gehabt, nicht weniger als 7 Fälle allgemeiner Bauchfellentzündung zu beobachten, bei denen es sich um Gonokokkeninfektion handelte. Alle diese Fälle wurden operativ behandelt und davon starben zwei, nicht ganz 29%.

Verff. haben nun zu den schon von v. Brunn 1901 gesammelten 28 Fällen außer ihren eigenen noch weitere Fälle aus der Literatur hinzugefügt und geben somit eine Liste von 39 Fällen, welche sie noch weiter trennen, je nachdem der bakteriologische Nachweis der Gonokokken geführt worden ist oder nicht.

Von diesen 39 Kranken wurden operiert 24, davon starben 5, genasen 19, Sterblichkeit also 20,8%. Dagegen starben von den 15 nicht operierten Kranken 7, genasen 8, Sterblichkeit mithin 46,7%. Wenn diese Zahlen auch viel zu klein sind, um einigermaßen sichere Schlüsse zugunsten der Operation zu ziehen, so dürften sie jedenfalls wenigstens die Berechtigung des operativen Handelns erweisen. Die selbst beobachteten 7 Fälle werden in allen Einzelheiten mitgeteilt und bieten Bemerkenswertes genug. Wichtig ist die hohe Sterblichkeit bei Kindern, welche offenbar eine geringere Widerstandskraft besitzen.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

28) Kozlowski. Über ein neues Verfahren bei der Lumbalanästhesie.

(Zentralblatt für Chirurgie 1902. Nr. 45.)

K. sucht die bekannten Nebenwirkungen der Lumbalanästhesie nicht im Cocain, sondern in der wässrigen Lösungsflüssigkeit und ersetzt diese durch Cerebrospinalflüssigkeit. Er läßt durch die eingestochene Nadel 5 ccm davon in eine sterilisierte, mit einer Skala versehene Schale laufen, in der 0,05 g des trockenen Tropacocains liegen; diese 1%ige Lösung injiziert er alsdann. In 32 Fällen konnte er auf diese Weise die Nebenwirkungen vermeiden.

Calmann (Hamburg).

29) L. Burckhard (Würzburg). Sarkome und Endotheliome nach ihrem pathologisch-anatomischen und klinischen Verhalten.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXVI. Hft. 1.)

Durch die eingehende Untersuchung von 93 Tumoren, die klinisch fast sämtlich als Sarkome diagnostiziert waren, sucht Verf. die Stellung des Endothelioms in der Geschwulstlehre zu entscheiden. Er kommt dabei zu dem überraschenden Resultat, daß die Sarkome sich aus den Endothelien der Lymphwege und Blutgefäße, aus den Zellen des faserigen Bindegewebes und den Adventitiazellen der Blutgefäße entwickeln können, Zellarten, von denen nur selten eine allein die Matrix des Tumors bildet. Es sind daher alle Sarkome mehr oder weniger Endotheliome. Eine Trennung der letzteren Gruppe von den Sarkomen oder gar ihre Indentifizierung mit dem Karzinom ist also ein Unding. Da andererseits die Endothelien und Adventitiazellen als Bindegewebsbildner gelten müssen und zweifellos die Eigenschaften der fixen Bindegewebszellen annehmen können, kollidiert die Anschauung des Verf. nicht mit der Lehre Virchow's, daß das Sarkom eine besondere Geschwulst bindegewebiger Abstammung ist. Analog ihrer histogenetischen Gleichwertigkeit bilden die Endotheliome und Sarkome hinsichtlich ihrer klinischen Eigentümlichkeiten eine einheitliche und gleichwertige Geschwulstgruppe. Der Name Endotheliom hat daher auch klinisch keine Berechtigung.

Die beigegebenen 36 mikroskopischen Bilder verleihen dem radikalen Standpunkt B.'s überzeugende Kraft. **Calmann** (Hamburg).

30) Walther, Hartmann, Bazy, Félizet. Vier neue Beobachtungen von Pseudohermaphroditismus.

(Bull. et mém de la soc. de chir. de Paris 1902. Nr. 31, 32 u. 34.)

W. stellte einen ihm von Dr. Petit zugewiesenen Mann vor, der eine chirurgische Operation verlangte, einen 24jährigen Sattler. Dieser Mann war nach seiner Geburt als Mädchen betrachtet und als solches getauft worden, später aber wurde auf den Rat eines Arztes hin seine Metrik geändert und das bisherige Mädchen fernerhin als Knabe erzogen. »Erreur de sexe.« Der Mann verlangte eine operative Abhilfe angesichts der Mißbildung seiner Genitalorgane. Man gewinnt zunächst den Eindruck einer Hypospadiasis peniscrotalis mit 4 cm langem Penis mit entblößter Eichel. Hebt man den nach unten gebogenen Penis in die Höhe, so sieht er absolut aus wie eine hypertrophische Clitoris. Unterhalb der weiblichen Harnröhrenöffnung dringt eine dünne Sonde in einen engen, empfindlichen nach oben und hinten gerichteten Kanal ein! Zwei seitliche kutaneomuköse Falten vereinigen sich oberhalb des Dammes zu einer Art Frenulum labiorum, unterhalb der Peniswurzel zu dem den Penis nach unten beugenden Bande. Die großen Schamlefzen erscheinen als zwei je 5 cm lange und 1 cm erhabene Hautwülste, ganz unbehaart. Man sieht eine Art Vulva vor sich mit großen und kleinen Schamlippen und einer zentralen Öffnung. In den Labia majora ist nichts zu tasten von Geschlechtsdrüsen. Rechterseits tastet man einen kleinen Leistenbruch mit einem Körperchen, welches wohl den Eindruck einer kleinen Geschlechtsdrüse machte. Linkerseits ein ähnlicher kleinerer Bruch mit einem ebenfalls ovoiden, sehr druckempfindlichen Gebilde. Bei Untersuchung per rectum empfindet der Finger an der hinteren Blasenwand eine Resistenz, die größer ist, als gewöhnlich bei Männern. Das Allgemeinaussehen ist unbestimmt: der Mensch gänzlich bartlos und macht trotz seiner 24 Jahre einen infantilen Eindruck. (Abbildung beigefügt.) Becken breit, Brüste wie bei einem jungen Mädchen mit hervortretenden Warzen. Die Taille, schmal, sieht eher männlich aus. Stimme nicht spezifisch männlich und nicht spezifisch weiblich. Seit dem 16. Lebensjahre alle Monate 2—3 Tage dauernd eine Blutausscheidung von etwa 150 g aus der in der Vulva belegenen Öffnung. Während dieser Blutausscheidung schwellen die Inguinalhernien angeblich an. Der sexuelle Instinkt ist durchaus männlich: der Mensch erklärt sich als Mann zu fühlen und männlichen Geschlechtsdrang zu empfinden. Es treten Erektionen ein, sobald er eine Frau sieht oder in nähere Berührung mit einer solchen kommt, nur die Abwärtskrümmung seines Gliedes verhindere ihn an der Ausübung des Coitus. Bei geschlechtlicher Erregung soll aus der Öffnung in der Vulva eine weißliche, schleimige Flüssigkeit in geringer Menge ausgeschieden werden. Die mikroskopische Untersuchung derselben durch Laignel-Lavastine konnte keine Spermatozoiden nachweisen.

In der Diskussion erklärten Lucas-Championnière und Féliset, letzterer mit aller Bestimmtheit dieses Individum für einen männlichen Hypospaden; das Individuum habe Erektionen und Ejakulationen, daß man keine Spermatozoiden gefunden habe, schließe nicht männliches Geschlecht aus; die als Menstruation angesehene Blutung könne eine zufällige von ganz anderen Ursachen abhängige sein. W. vollzog die beiderzeitige Herniotomie, der er einen medianen kleinen Einschnitt der Bauchwand folgen ließ, um die Bauchhöhle zu eröffnen. Rechterseits fand sich ein dicker Bruchsack mit einem atrophischen Ovarium und einer Tube als Inhalt, welche Organe in die Bauchhöhle hinein gestoßen wurden. Der linksseitige Bruchsack, ebenfalls dick, enthielt nichts als einen Strang, welcher sich als das Mittelstück der linken Tube erwies, deren uterines Ende sowohl wie das abdominale sich in der Bauchhöhle befanden; es war also unter Einknickung das Mittelstück der linken Tube; in den Bruch herausgetretenen (eine Beobachtung, welche in dieser Beziehung Ref. als bisher einzig dastehend zu bezeichnen keinen Anstand nimmt). Das abdominale Ende dieser Tube cystisch entartet, war mit dem sklerosierten linken Ovarium und dem Netze verbacken, und wurden die linksseitigen kranken Adnexa sowie ein großer Teil des Netzes abgetragen. Es fand

sich im Ovarium ein Corpus luteum. Die Entfernung dieser Gebilde durch die kleine Leistenkanalwunde war recht schwierig. W. fügte, wie gesagt, den Bauchschnitt hinzu, um sich von dem Zustande der Stümpfe des in vier Partien abgebundenen Netzes und der beiden Stümpfe von Ovarium und Sactosalpinx zu überzeugen. Er konstatierte dabei die Gegenwart eines kleinen, übrigens gut geformten Uterus. Das Individuum war also doch ein Weib, wie schon die als Menstruation gedeutete periodisch wiederkehrende Blutung erwies, und haben sich also Lucas-Championnière und Féliset in ihrer Diagnose ebenso getäuscht wie der Arzt, auf dessen Verlangen hin vor Jahren das richtig als Mädchen getaufte Kind für einen Knaben erklärt worden war.

Lucas-Championnière: In der Regel gehören Individuen wie das von Walther demonstrierte dem männlichen Geschlechte an. Er hat in der Hospitalabteilung von Broca (sen.) ein solches Individuum gesehen, welches sich als Hermaphrodit zeigen wollte, einen Päderasten nebenbei gesagt. Er hat einen anderen männlichen Scheinzwitter demonstriert, welcher als Frau verheiratet war. Der Gatte war mit seiner Frau sehr zufrieden, weil sie im Felde tüchtig in der Arbeit half. L.-C. erklärte in der Diskussion, er würde unbedingt das von Walther demonstrierte Individuum operieren.

Bazy sah eine Person, welche wegen Appendicitis von seinem Kollegen Chevallier operiert worden war. Das Individuum wurde als Frau in die Hospitalabteilung aufgenommen, aber ihm selbst als Mann vorgestellt. Das Individuum ähnelte absolut dem heute von Walther vorgestellten, nur bestand ein Unterschied: man konnte in dem gespaltenen Skrotum die Hoden tasten. Trotz 26 Jahren keine Spur von Bartwuchs. Der Brustkasten war flach ohne weibliche Brüste, die geschlechtliche Neigung war absolut gleich Null.

Féliset gibt seinen Irrtum in der Bestimmung des Geschlechtes des von Walther vorgestellten Individuums zu. Er wird demnächst ein Individuum von 13 Jahren vorstellen, mit Penishypospadie behaftet. Vor 3 Jahren wurde dieses Kind in das Hospital Tenon gebracht, ein Hermaphrodit, und in der Abteilung für Mädchen untergebracht. Die große Clitoris glich absolut einem hypospadischen Penis. Die Vulva erschien groß, die kleinen Schamlippen waren rudimentär, eine Vaginalöffnung fehlte. Auf den großen Schamlefzen sah man beginnende Behaarung. In jeder Schamlefze konnte man einen Hoden und Nebenhoden und Samenstrang tasten, keine Hernien vorhanden. Per rectum tastete man keine Spur eines Uterus. Man brachte daraufhin das als Mädchen geltende Individuum in einen für Männer bestimmten Saal. F. vollzog nun eine plastische Operation, indem er die beiden scheinbaren Schamlefzen nach Anfrischung aneinander nähte, also das gespaltene Skrotum schloß. Die Vernähung des gespaltenen Penis gab einen vollen Mißerfolg — das Kind war so ungelehrig und wenig reinlichkeitsbeflissen, daß die Operation hier scheitern mußte. Nach einiger Zeit kam der Knabe wieder in das Hospital, jetzt gelehriger; es handelte sich darum, jetzt noch die Spalte an Penis und Glans zum Verschluß zu bringen. Die Hoden sind mittlerweile größer geworden und ganz in das Skrotum herabgestiegen. Erektionen und Ejakulationen haben sich eingestellt. Es ist zweifellos ein Mann dieses Individuum, das als Mädchen in das Hospital eingetreten war.

Brun macht darauf aufmerksam, was Roger in einem Aufsatze in der Presse méd. angegeben hatte: wenn die Falten in den häutigen Decken der äußeren Wülste der Scham horizontal verlaufen, so handelt es sich um ein Skrotum, verlaufen sie aber vertikal, um große Schamlefzen des Weibes. (Ref. möchte die Richtigkeit dieser Behauptung nicht anerkennen. N.) Walther glaubt auf Grund der Untersuchung seines Falles, daß die Angabe von Roger ihre Berechtigung habe. Lucas-Championière schreibt diesem Befunde keinen diagnostischen Wert zu.

Hartmann: Pseudohermaphroditismus femininus.

H. erwähnte angesichts der Mitteilung von W. einen Fall aus seiner Praxis (mit Vorzeigung einer 1892 aufgenommenen Photographie). Bei einem 10jährigen

Mädchen vollzog er die Amputation der stark hypertrophischen Clitoris, weil das Mädchen sehr stark der Masturbation oblag. (Demonstration der Photogramme — im Texte Abbildung). — Vorzeitige Entwicklung der Geschlechtsorgane, starke Behaarung des Mons Veneris, ebenso sind auch die großen Schamlefzen schon behaart. Die Clitoris besaß im flaciden Zustande die Größe des kleinen Fingers, sub erectione die Größe des vierten Fingers, während die Clitoris eines 7jährigen Mädchens normaliter im flaciden Zustande nicht mehr als 47 mm Dorsallänge beträgt (? N.). Diese Clitoris sah absolut aus wie der Penis eines 7jährigen Knaben nach Zurückstreifung der Vorhaut. An der Unterfläche sah man eine Längsfurche wie bei einem hypospadischen Penis. Das scheinbare und gespaltene Frenulum praeputii setzt sich nach unten zu in zwei kleine Schamlippen fort. Die Rinne an der Unterfläche der Clitoris erscheint in ihrem äußersten Abschnitte trocken und gefaltet, weiter nach abwärts zu zwischen den kleinen Schamlippen wie mit rosafarbener Schleimhaut ausgekleidet, mit mehreren Öffnungen von Drüsen bis stecknadelkopfgroß (Glandulae Morgagnii; N. ?) — Unterhalb der weiblichen Harnröhrenmündung sieht man die Öffnung einer Vagina mit sichelförmigem Hymen; der Finger, per vaginam eingeführt, tastet in der Tiefe eine Portio vaginalis uteri. Die untere Partie der Vulva war normal konformiert. Aber die großen Schamlippen vereinigten sich nicht oberhalb der anscheinenden Clitoris, wie es beim Weibe ist, sondern behielten dort einen Abstand von anderthalb Centimetern. Zwischen den großen Schamlefzen und der hypertrophische Clitoris jederseits eine vertikal verlaufende Furche, beide Furchen konvergieren nach oben ohne jedoch einander oben zu erreichen. Per rectum tastete man einen Uterus, der jedoch nicht die physiologische Anteflexion, sondern mit dem Collum zugleich eine Retroversion aufwies. Durch die Bauchdecken tastete man rechterseits in der Gegend der Articulatio sacroiliaca einen kleinen rundlichen Körper von Bohnengröße, unter dem Finger rollend und druckempfindlich, linkerseits tastete man ein ähnliches Gebilde. Sonst fand man keinerlei Mißstaltung am Körper, die Oberlippe wies Bartwuchs auf. Wenn man diese Clitoris mit dem Finger berührte, so fühlte man eine Kontraktion des Konstriktor (? N.) und sah, daß das Peritoneum gegen die Schamfuge zu angezogen wurde. H. war auf Grund der Untersuchung überzeugt, es handle sich um ein Mädchen mit hypertrophischer Clitoris und vollzog deren Amputation, um der Masturbation vorzubeugen. 10 Jahre später, im Jahre 1902, im Februar, sah er das jetzt 17jährige Mädchen wieder. Die allgemeine Körperentwicklung ist eine absolut männliche: Thorax und Hüften absolut männlich, Gesichtsbehaarung männlich, so daß das Mädchen sich rasieren muß. Das Mädchen ist Näherin und verrät angeblich bis jetzt keinerlei Geschlechtstrieb. Die Behaarung der Scham ist weiblich. Wenn man die großen Schamlefzen auseinander zieht, gewahrt man an Stelle der amputierten Clitoris einen rosafarbenen, harten Höcker von Daumengröße, den Rest der amputierten Clitoris. Nach H. handelt es sich trotz männlichen Aussehens um weibliches Geschlecht. Man kann in die Vagina ein kleines Spekulum einführen und gewahrt dann im Grunde der 10 cm langen Scheide eine kleine Vaginalportion mit einem Schleimpfropf im Muttermunde; eine feine Sonde dringt durch den Muttermund 4 cm tief ein. Niemals Regeln, aber seit einem Jahre alle Monate 2—3 Tage lang Schmerzen im Unterleibe auf die Fossa iliacae ausstrahlend, linkerseits stärker als rechterseits ausgesprochen! (Ref. möchte doch in diesem Falle das Geschlecht eher für männlich als für weiblich ansehen, bestimmt aber für zweifelhaft.) **Fr. Neugebauer** (Warschau).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Heinrich Fritsch

in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 23. Sonnabend, den 6. Juni. 1903.

Inhalt.

I.

(Aus der kgl. Entbindungsanstalt zu Kopenhagen. Direktor: Prof. Leopold Meyer.)

Klavikularfrakturen Neugeborener bei Geburt in Schädellage.

Von

Dr. **Niels Muus**, I. Assistenzarzt.

In der Wiener klin. Wochenschrift vom 12. Juni 1902 Nr. 24 hat Dr. Gustav Riether einige Beobachtungen über Schlüsselbeinfrakturen bei Neugeborenen nach Spontangeburt mitgeteilt. Er hat in der niederösterreichischen Landesfindelanstalt zu Wien in einem

Jahre nicht weniger als 65 solche Fälle festgestellt. Die Kinder stammen von drei geburtshilflichen Abteilungen, und die eine von diesen sollte mehr als dreimal so viele Frakturen liefern wie eine andere. Dr. Riether konkludiert, daß die Frakturen von der gewaltsamen Hebammenbedienung während der Geburt herrühren sollten, und daß diese in der einen Abteilung mehr schonend wäre als in der anderen. Da diese Konklusion mir kaum stichhaltig erschien, und da man aus Dr. Riether's Material nicht ersehen konnte, wie häufig diese Frakturen sind, habe ich, seitdem seine Mitteilung erschien, sämtliche Kinder, welche in der Gebäranstalt zu Kopenhagen und deren Filialen geboren sind, auf Klavikularfrakturen untersucht.

In allem habe ich ca. 1200 Kinder in der Gebäranstalt und 500 in den Filialen untersucht; unter den ersteren habe ich 18 Klavikularfrakturen gefunden, unter den letzteren 4, in der Gebäranstalt 1,5%, in allem 1,3%. Es ist, wie Riether bemerkt, sehr sonderbar, daß eine so häufige Läsion den vielen Beobachtern so lange entgangen ist.

Eine doppelseitige Schlüsselbeinfraktur ist weder hier noch in Wien beobachtet worden.

Von den Müttern sind 9 Primiparae und 13 Multiparae. Das Verhältnis zwischen beiden in der Kopenhagener Entbindungsanstalt ist ca. 135 Primiparae auf 100 Multiparae. Wenn die Frakturen mit gleicher Häufigkeit bei beiden Kategorien vorkommen sollten, müßte man 18 bei Erstgebärenden und 13 bei Mehrgebärenden finden; die Frakturen sind also verhältnismäßig zweimal so häufig bei Multiparen als bei Primiparen. In Wien waren die Mütter 28mal Multiparae, 14mal Primiparae.

8mal war das linke Schlüsselbein, 14mal das rechte gebrochen. Bei den 18 Kindern, welche in der Gebäranstalt mit Frakturen geboren sind, ist die Geburtslage genau notiert. Es zeigte sich, daß während der Geburt das vordere Schlüsselbein 15mal, das hintere 3mal gebrochen ist; von den 15 waren 9 rechte bei erster Schädellage, 6 linke bei zweiter (das Verhältnis zwischen erster und zweiter Lage während der ganzen Beobachtungszeit ist ungefähr 9 : 6).

Nach den Mitteilungen von Wien sollte das vordere Schlüsselbein nur zweimal so häufig gebrochen sein wie das hintere.

Die Kinder sind im ganzen große: 7 wogen mehr als 4 kg, 9 zwischen 3,5 und 4 kg, 5 zwischen 3 und 3,5 und nur 1 wog kaum 3 kg.

15 waren Knaben, 7 Mädchen; in Wien waren 44 Knaben 21 Mädchen.

Von Komplikationen während der Geburt wurde 3mal Pelvis aequabiliter justo minor notiert; in 2 dieser Fälle war die Geburt spontan; 1mal wurde wegen drohender intra-uteriner Asphyxie mittels Zange entbunden, und hier wurde in der Beschreibung notiert, daß die Schultern durch das Becken nur mit Schwierigkeit durchgezogen werden konnten; das Kind wog 4 kg.

3mal wurde Morbus cordis gefunden; 2 Pat. wurden mittels Zange entbunden, die 3. hat spontan geboren. 1mal wurde wegen Bronchopneumonie und 1mal wegen drohender intra-uteriner Asphyxie mittels Zange entbunden; das Becken war normal.

Im ganzen kamen die Frakturen 5mal nach Zangenentbindung, 17mal nach spontaner Geburt vor; während der Beobachtungszeit wurde ca. 60mal die Zange angelegt, darunter somit Frakturen des Schlüsselbeines in 8,3% der Fälle.

Viele Bemerkungen über die Geburt der Schultern finden sich in den Krankengeschichten nicht; 5mal ist notiert, daß die Extraktion der Schultern, d. i. das Durchziehen durch den unteren Teil des Beckenkanales, sehr schwierig war; die Kinder wogen hier 3750—4500 g; 4mal wurde das vordere, 1mal das hintere Schlüsselbein gebrochen.

Bei 4 Geburten weiß man mit Sicherheit, daß die Schultern spontan ohne Manipulationen geboren sind.

1mal war eine Fraktur mit einer Erb'schen Parese kompliziert.

Die Frakturen saßen immer im mittleren Drittel des Schlüsselbeines; sie waren gewöhnlich vollständige, einige Male jedoch sicher nur subperiostale; sie heilten durch schwere Kallusbildung.

Die Symptome sind so wenig hervortretend, daß man eine solche Fraktur auch nicht vermuten kann, wenn man nicht direkt nach derselben fahndet. Die Kinder bewegten den Arm, dessen Schlüsselbein gebrochen war, ungefähr eben so wie den anderen. Alle die Bewegungen, welche nur kleine Ausschläge im Schultergelenke in Anspruch nehmen, sind ganz natürlich. Nur sehr ausgiebige Bewegungen, besonders exzessive Abduktion, führen die Kinder mit der kranken Seite nicht aus.

Auch sind die Kinder durch diese Fraktur nicht besonders belästigt; sie können gewaschen und gewickelt werden, ohne mehr zu schreien wie Kinder es gewöhnlich tun; nie ist eine Fraktur von unseren Krankenpflegerinnen zuerst bemerkt worden. Selbst auf einen direkten Druck auf das gebrochene Schlüsselbein reagieren die Kinder oft sehr wenig; in anderen Fällen dagegen schreien sie laut, sobald man die Frakturstelle berührt oder den Arm ausgiebig bewegt.

Eine Defiguration der Schulter wurde nie gesehen, und nur in ganz vereinzelten Fällen wurde eine minimale Einsenkung an der Frakturstelle gefunden.

Ein Hämatom an der Frakturstelle wurde nicht gebildet, auch nicht nach der wohl recht energischen Manipulation einer genauen Untersuchung mehrerer Ärzte. Dagegen kann der Kallus eine starke, bis nußgroße Prominenz bilden.

Das einzige zuverlässige Symptom einer frischen Klavikularfraktur ist die Krepitation. Sie wird gefühlt, wenn man mit dem Finger den Knochen entlang streicht und wird bei ausgiebiger Abduktion des Armes deutlicher. In einigen Fällen kann man auch

eine Depression der frakturierten Stelle fühlen. Die Krepitation kann so deutlich sein, daß sie bei Palpation augenblicklich erkannt wird; in anderen Fällen ist sie sehr schwierig zu erkennen, ja in einzelnen Fällen wurde sie nach der Geburt gar nicht entdeckt, trotzdem man sehr genau untersuchte; erst eine Woche später wurde ein großer Kallus gefühlt. Es gilt wohl hier dasselbe wie gewöhnlich bei Frakturen der Neugeborenen: so lange das Periost intakt ist, wird Krepitation und abnorme Mobilität nur mit Schwierigkeit gefühlt.

Die Frakturen heilen sehr typisch; in 1—2 Wochen hat sich ein großer und fester Kallus gebildet. Nur eine Fraktur war 10 Tage nach der Geburt noch völlig mobil und krepitierend, der Arm wurde immobilisiert und nach 2 Wochen war er durch einen sehr soliden Kallus fixiert.

Die Diagnose kann, wie gesagt, ohne eine direkte Untersuchung gar nicht gestellt werden und kann auch mit dieser ziemlich schwierig sein. Es wird durch diesen Umstand sehr erklärlich, daß diese unter allen Kinderläsionen vielleicht häufigste Läsion bis jetzt der Aufmerksamkeit entgangen ist.

Eine einzelne Untersuchung genügt, wie Riether hervorhebt, nicht, um eine Klavikularfraktur auszuschließen; am besten kann die Diagnose nach einer Woche gestellt werden, wenn der Kallus schon gebildet ist.

Eine Therapie scheint ganz unnötig; man soll natürlich die Pflegerin dahin instruieren, daß sie während der Waschung etc. den Arm des Kindes nicht exzessiv bewegt. Ist die Fraktur in einer Woche nicht konsolidiert, dann ist eine immobilisierende Bandage gewiß nötig.

Ein besonderes Interesse beansprucht die Frage: Wie entstehen die Klavikularfrakturen bei der Geburt in Schädellage? Riether sieht in den Manipulationen der geschulten Hebammen die dominierende Ursache. Dagegen spricht, daß die Frakturen, wenigstens in meinem Materiale, zweimal so häufig bei Mehr- wie bei Erstgebärenden sind (die Verhältnisse scheinen in Wien dieselben zu sein). Wären die Manipulationen das ausschlaggebende, so müßten die Frakturen bei Primiparen weit häufiger sein, wo die Besorgnis für das Perineum viel größer ist, und daher die schützenden Manipulationen, besonders das Drücken der vorderen Schulter gegen die Symphyse, viel intensiver ausgeführt werden, als bei Multiparen. Auch haben wir in 4 Fällen Klavikularfrakturen gefunden, trotzdem die Schultern ganz spontan, ohne jede Hilfe von Seiten der Hebamme, geboren sind.

Seit ca. einem Monate wurde verordnet, daß die Hebammen bei der Geburt der Schultern gar nicht eingreifen dürften, weder durch Zug an dem Kopfe, noch durch andere Manipulationen, nur durch einen Druck auf den Gebärmuttergrund sollen sie die physiologische Austreibung unterstützen; erst wenn das Leben des Kindes durch

das Abwarten gefährdet schien, dürften sie die Schultern hervorziehen. Bei anderthalb Hundert Geburten wurde so vorgegangen, und unter diesen fanden sich 5 Frakturen, zwei bei völlig spontanen Geburten, eine wo die Schultern hervorgezogen werden mußten und zwei bei Zangenentbindungen, wo die Aufmerksamkeit ganz besonders auf die spontane Schultergeburt gelenkt wurde.

Ich neige deshalb am meisten zu der Annahme, daß die Fraktur schon während der Passage der Schultern durch das Becken entsteht, und daß sie allein durch die Wehentätigkeit verursacht werden kann. Man könnte sich die Sache so vorstellen, daß die Wehen die vordere Schulter gegen die Hinterfläche der Symphyse pressen, und daß dadurch häufig die Fraktur der vorderen Klavikula entsteht; die seltenere Fraktur des hinteren Schlüsselbeines könnte dann durch die Passage am Promontorium vorüber hervorgerufen werden.

Auch die häufigen Frakturen bei Zangenentbindung könnten sehr wohl während der Passage durch das Becken entstehen.

Der Vollständigkeit halber soll nur noch erwähnt werden, daß wir während der Beobachtungszeit 2 Klavikularfrakturen nach Wendung und Extraktion gesehen haben, 1mal bei Placenta praevia (Champetier de Ribes' Ballon) und 1mal bei Partus arte praematurus, mittels Ballons eingeleitet. In beiden Fällen war die Lösung der Arme besonders schwierig; die Kinder wurden tot geboren. (Im ganzen 30 Wendungen und Extraktionen, d. i. 6% Frakturen.)

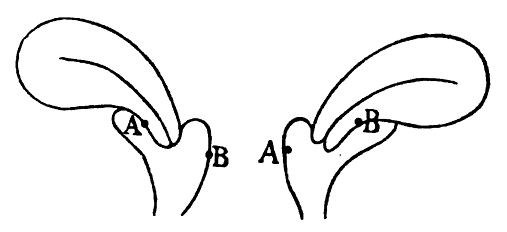
II.

Versenkte circuläre Vaginalligaturen bei Retroflexio uteri.

Von

A. Schücking.

Wir machen gelegentlich immer wieder die Erfahrung, daß bei einer beweglichen Retroflexio die kleinsten Pessare, bei denen eine Hebelwirkung ganz ausgeschlossen erscheint, vollkommen genügen,



um die Lageabweichung zu korrigieren. Ich fand eine Erklärung dieses Verhaltens darin, daß die Bewegung der Portio vaginalis bei dem Zurückfallen des Uterus aus der Anteflexio in die Retroflexio an

bestimmten Punkten regelmäßige Ortsveränderungen im Vaginalgewölbe hervorrief, die aus nachstehendem Schema ersichtlich sind.

Der Punkt *A*, der beim anteflektierten Uterus der vorderen Cervixwand anlag, liegt beim retroflektierten Organ in der vorderen Wand des Vaginalgewölbes. Der Punkt *B*, der beim retroflektierten Uterus der hinteren Cervixwand anlag, liegt beim anteflektierten Uterus in der Wand des hinteren Scheidengewölbes.

Es geht hieraus hervor, daß der Uterus, um in die Retroflexionsstellung übergehen zu können, das hintere Scheidengewölbe im Abwärtsgleiten zusammenfalten muß. Der Widerstand, den schon ein kleines Pessar dem Abwärtsgleiten des Uterus bezw. dem Zusammenfalten der Schleimhaut des Scheidengewölbes entgegensetzt, genügt, um die fehlerhafte Stellung nicht wieder eintreten zu lassen.

Unter diesem Gesichtspunkte habe ich in den oben gekennzeichneten Fällen rechts und links von der Portio sowie im hinteren Scheidengewölbe versenkte circuläre Ligaturen eingelegt, welche ein Hinaufschlagen der Falte des hinteren Scheidengewölbes unmöglich machten. Die Manipulation verdient ihrer Einfachheit wegen kaum den Namen einer Operation und erfordert bei Frauen mit geräumiger Vagina nicht selten keine Narkose.

Ursprünglich gebrauchte ich Florentiner Seide, seitdem ich aber in der Klinik des uns leider so früh entrissenen Max Schede in Bonn die Anwendung von Silberdrähten bei einem verwandten Eingriffe, der Einlegung einer circulären Ligatur bei Prolapsus ani gesehen habe, habe ich ebenfalls dieses Material für die in Rede stehende Behandlung adoptiert. Diese Drähte bleiben ca. 4—6 Wochen liegen. Die erste Circularnaht nimmt ziemlich dicht am äußeren Muttermund ihren Anfang, dann wird die Nadel im Kreise unter der Schleimhaut herumgeführt und an der Einstichstelle wieder ausgestochen. Bei Raummangel wird die Nadel in zwei Halbkreisen durchgeführt. Bei geräumigem hinteren Scheidengewölbe sind Circularnähte in größerer Anzahl — ich habe deren bis sechs und gebraucht — am Platze.

Das praktische Resultat hat die theoretischen Voraussetzungen der Behandlung in einer Reihe von Fällen bestätigt. Es entstehen zwei seitliche Falten, welche die Portio wie zwei Zügel umfassen und eine Narbe im hinteren Scheidengewölbe, die eine gewisse Resistenz der Schleimhaut sichert. Bei den im Eingang gekennzeichneten Fällen von beweglicher Retroflexio wird damit einer Verschiebung der Schleimhäute vorgebeugt und der Uterus in Anteflexionsstellung erhalten. Öftere Kontrolle und eventuelle Korrektur der Stellung ist während der ersten Wochen empfehlenswert, bis die entstandenen festen Narben weitere Revision überflüssig machen.

Ich bemerke schließlich, daß ich in allen Fällen noch mehrere Wochen nach dem Eingriff ein Pessar habe tragen lassen.

III.

Exstirpation der schwangeren Gebärmutter einer nahezu 56jährigen Frau.

Von

Dr. Geyl in Ginneken.

Am 24. Juli 1898 bat mich ein Kollege, ihm Rat und Beistand leisten zu wollen bei einer 55jährigen Multipara, welche aus ihrem 38jährigen Eheleben von nicht weniger als 16 zeitigen Entbindungen mit lebensfähigen Kindern zu erzählen wußte. Es sollten darunter zwei sieben- oder achtmonatliche gewesen sein; das letztgeborene, zwar nur 2 Jahre alt gewordene und jetzt vor 2 Jahren, also im 48jährigen Alter der Mutter gestorbene Kind war ausgetragen worden. Ausgenommen diese lebensfähigen Früchte hatte sie noch auf kürzere oder längere Zeit (während 3 oder 4 Monate) mehrere andere (für wenigstens fünf leistete das Gedächtnis der Mutter Gewähr) beherbergt, welche angeblich alle ohne Ausnahme spontan und leicht, ohne besondere Schmerzen oder Blutungen seitens der Mutter und ohne Ruptur oder Verletzung von Seiten des Eies ausgetrieben worden waren. Drei dieser Mißgeburten sind nach der Zeit den »echten Kindern« zuzuzählen, die zwei übrigen ereigneten sich beide, und zwar kurze Zeit nacheinander, im 49. Lebensjahre der Kranken. Hiermit stimmte vollkommen die Angabe, daß die überhaupt etwas profuse Menstruation bis tief ins 53. Jahr einen durchaus normalen und regelmäßigen Charakter darbot, und daß sich erst seit $1^1/_2$ Jahren langwierige und bisweilen sehr übermäßige Blutungen zeigten, welche in unregelmäßigen, 2—3—4—5 Wochen andauernden Zwischenpausen wiederkehrten, aber den Allgemeinzustand der Kranken nur wenig beeinflußten und deshalb für eine lästige Anomalie der Altersmenstruation angesehen wurden. Anfangs März 1898 soll die alsdann erwartete Menstruation ausgeblieben sein, ohne jedwede besondere Störung hervorzurufen; die Kranke war vielleicht etwas nervöser als sonst, das war alles. Dieser Zustand hielt an bis zum 20. Juni, als plötzlich eine außerordentlich starke, gleich beunruhigende Erscheinungen hervorrufende und die Hilfe des Arztes fordernde Blutung auftrat. In ganz kurzer Zeit war Pat., teils infolge des jeden Abend regelmäßig wiederkehrenden, von Fieberschauern begleiteten Fiebers sehr schwach und ganz bettlägerig geworden. Das dunkelfarbige, klebrige, mit vielem Schleim untermischte und namentlich in großen Gerinnseln zusammengebackene Blut erhielt bald einen durchdringenden, in höchstem Grade unangenehmen, das ganze Schlafgemach verpestenden Geruch. Als ich die Kranke das erste Mal sah, war sie schon länger als einen Monat leidend. Sie sah erschöpft und abgezehrt aus; das Antlitz war gelb und fahl vor Magerkeit; die Schleimhäute waren blaß; auch die Cornea hatte einen Anstrich ins Gelbe, sowie man das in gewissen Fällen chronischer Sepsis zu Gesicht bekommt. Sie klagte über Müdigkeit, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Bangigkeit, Brustbeklemmung; über vollkommenen Mangel an Eßlust, über behinderte Defäkation, öftere und schmerzhafte Harnentleerung, andauernde, nicht selten heftige Genitalblutungen, deren Produkte einen höchst widerlichen Gestank abgaben; einen Geruch, der sie jederzeit unangenehm berührte, den sie roch und schmeckte, und zwar am stärksten beim Aufstoßen.

Der Meinung des Hausarztes, die ganze Krankheit solle einem unregelmäßig verlaufenden Aborte ihr Dasein verdanken, wurde weder von ihr selbst, noch von der Umgebung auch nur einen Moment Glauben beigemessen. Allzu beredt schienen dagegen zu sprechen ihr Alter und die Tatsache, daß sich bis jetzt noch nichts auf das Ei oder dessen Teile Zurückzuführendes außerhalb des Genitales gezeigt hatte. Deshalb war dann auch schon ein anderer Kollege zu

Rate gezogen, welcher sofort nach der Untersuchung der heftigen Blutung wegen tamponiert und Pat. an mich verwiesen hatte. Und weil sie gestern und heute Nacht weniger Blut als sonst üblich war in der letzten Zeit, eigentlich nichts anderes als etwas blutig gefärbte Flüssigkeit aus der Vagina verloren hatte, bat sie mich zuerst inständig, die eingeführten Tampons heute noch nicht gleich entfernen zu wollen, aber unmittelbar darauf fragte sie, ob letztere vielleicht den Grund hätten abgeben können für das höhere Fieber, das heute Nacht viel heftiger gewesen war als je zuvor. Gewöhnlich stellte sich dieses unter Frostschauern an Rücken und Lenden ein; heute Nacht hatte sich Beben der Lippen, Klappern der Zähne, Zuckungen in den Extremitäten und konvulsive Erschütterung des ganzen Körpers beigesellt. Am Ende war Pat. sehr heiß geworden, ohne zum Schwitzen zu kommen. Momentan, während meines Besuches, war sie noch sehr durstig, hatte eine trockene schwarze Zunge, einen beschleunigten weichen Puls, aber blutete nicht.

Herz und Lungen, die Verdauungsorgane und das uropoetische System zeigen nichts Anormales, und schon jetzt konnte man ziemlich sicher feststellen, daß die die Krankheitserscheinungen ins Leben rufenden Abweichungen ihren ausschließlichen Sitz im Genitalapparate, und zwar in der Gebärmutter hatten. Weil aber die Instrumente, welche ich zur Hand hatte, nicht ausreichten zu einer abschließenden, aseptischen Untersuchung, entschloß ich mich noch am Mittag desselben Tages, hinreichend bewaffnet zurückzukommen und alsdann den Genitalapparat einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Das Jedermann beruhigende, auffallende, vollständige Fehlen von Schmerzen war es, was die erschöpfte und ausgeblutete Kranke selbst und deren Umgebung so lange getäuscht und eingeschläfert und ihnen den tagtäglichen Verlust so großer, stinkender, schleimiger Blutmassen eher als eine lästige, von der durch die nächtlichen Fieber hervorgerufenen Schwäche herrührende Unbequemlichkeit, denn als die eigentliche Ursache der Schwäche hatte erscheinen lassen. War nur einmal das Fieber und folglich die Schwäche im Abnehmen begriffen, so sollte auch, und dessen war man fest überzeugt, die Blutung von selbst innehalten und Pat. in kurzer Zeit wiederhergestellt sein. Eine ganze Menge Antifieber- und Antischwächemittel waren denn auch schon hinuntergeschluckt worden; gleichwohl ohne Erfolg.

Die mittags vorgenommene Untersuchung lehrte, daß die Bauchwand außerordentlich geräumig und erschlafft war und in breiten, langen Falten aufgehoben und nach jeder Richtung hin bewegt werden konnte, und zwar solcherweise, daß die Finger die tiefst gelegenen und meist entfernten Stellen der Bauchhöhle ganz leicht und bequem genau abtasten konnten. Nicht nur diese Palpation, sondern auch die Perkussion und Auskultation stellten vollständig sicher, daß die Lage, Größe und Gestalt und auch die Resistenz und Druckempfindlichkeit der Bauchorgane, wie Leber, Milz, Magen und Darmkanal, Niere, Ureter und Vesica nichts zu wünschen übrig ließen.

Die schlaff herunterhängenden, weit auseinander stehenden Labia majora sehen wenig rein und sauber aus und man braucht der größten Ausdauer und der peinlichsten Aufmerksamkeit, den Schmutz, der sich an dortiger Stelle und namentlich in der Gegend des Mons Veneris in der Gestalt blutig-schleimiger Krusten festgesetzt hat, mittels Seife und warmer Lysollösung zu entfernen. Beinahe die ganze vordere und ein kleinerer, etwa 3—4 cm langer Teil der hinteren Vaginalwand fallen aus dem weit klaffenden Introitus vor. Das Collum uteri ist über seine ganze Länge, vom Ostium internum an bis an das Ostium internum hin, nicht nur weniger hart als unter normalen Umständen, sondern so weich und mürbe, daß ein leichter Druck hinreicht, an jeder Stelle tiefere Grübchen einzuprägen. Wenn man z. B. den Zeigefinger innerhalb des Cervicalkanales und den Daumen an der Außenseite eines Labiums hinlegt und dann mit den Fingern das zwischenliegende Gewebe zusammenpreßt, so fühlt man letzteres diesem Drucke ausweichen und hat es zuletzt den Anschein, als berührten sich die Fingerspitzen. Dabei ist noch der 5—6 cm lange Halskanal so weit und geräumig, daß man die Portio vaginalis nur mittels einer Zange anzuhaken und runterwärts zu ziehen

braucht, damit das Cavum corporis uteri in bequemster Weise einer vollständigen bimanuellen Untersuchung zugänglich werde. Der tastende Finger stößt bald an eine weiche, rauhe, unebene Masse, eine überall über die Schleimhautoberfläche hervorragende Anschwellung, welche nur einen Teil der linken Hälfte der Uterushöhle ganz frei läßt, sonst aber von links hinten her über die Medianlinie hin, durch die rechte Seitenpartie entlang nach der vorderen Wand verläuft, um auch hier die Medianlinie zu überschreiten. Von deren Größe bekommt man eine ungefähre Vorstellung, wenn man weiß, daß deren unterer Rand sich etwa 2 oder 3 cm oberhalb des Ostium internum befindet, und daß sie sich von dieser Stelle an ohne Unterbrechung bis in den Fundus uteri verfolgen läßt, daß die Uterussonde 17 cm tief ins Cavum uteri hineindringt und die Länge des Cavum corporis also wenigstens 11—12 cm mißt. Und des weiteren belief sich, wie später festgestellt werden konnte, die Breite des Fundus auf reichlich 8 cm.

Vor und nach der Untersuchung waren sehr eingreifende Desinfektionsmaßregeln vorgenommen, wobei Seife und warme Lysollösung die Hauptrolle spielten. Zum Schlusse wurde das zuerst mittels mehrerer Liter sterilisierten Wassers und warmen Lysollösungen durchspülte Cavum uteri mit Jodoformgaze lose angefüllt. Denn am meisten zu befürchten war nicht eine möglicherweise sich erneuernde Blutung, wogegen eine derartige »luftige« Tamponade nicht ganz wirkungslos zu sein brauchte, sondern das Zurückbleiben der Sekretionsprodukte der Gebärmutterwand, infolgedessen sich schon seit mehreren Wochen täglich Fieberanfälle eingestellt hatten, welche den wichtigsten Grund für die gegenwärtige Schwäche abgaben. Letzterer von mir selbst beobachtete Anfall trug einen derart ernsthaften Charakter an sich, daß ich der Meinung war, zu allererst einer Bekämpfung dieser Erscheinung meine ganze Aufmerksamkeit zuwenden zu müssen.

Gegen die eigentliche Krankheit selber kam mir einzig und allein die Totalexstirpation des kranken Organs angezeigt vor; ich war eben fest überzeugt, daß es sich um eine maligne Erkrankung der Uteruswand handelte, vielleicht um ein in Entzündung begriffenes Sarkom, welchem sich ein kollaterales Ödem hinzugesellt hatte.

Als ich die Kranke am folgenden Tage wiedersah, erzählte sie mir: Sie habe seit Wochen nicht so ruhig geschlafen als vergangene Nacht und weder von Blutung noch von Fieber etwas gespürt. Noch sagte man mir: Prinzipiell habe man sich zwar zur Operatien entschlossen, aber man möchte noch gern, hauptsächlich angesichts der abgelaufenen prachtvollen Nacht, noch ein paar Wochen warten und die Kranke sich stärken lassen, damit sie die Operation desto besser würde überstehen können.

Sowohl Pat. selbst als die Umgebung ließen sich leicht von dem Irrtümlichen eines längeren Aufschiebens der Operation überzeugen und schon am 28. Juli fand sich die Kranke in meiner Klinik ein, wo sie zu allererst und öfters einer tüchtigen Desinfektionskur unterzogen wurde. Sie erhielt im ganzen drei lauwarme Reinigungsbäder; die Genitalhaare wurden weggeschnitten; die Vagina mittels Seife und Lysol gereinigt und die dafür in Betracht kommenden Teile wurden einmal pro Tag mittels Alkohol und Sublimatlösung desinfiziert. Zwar war die Uterusausscheidung bald weniger stinkend geworden, aber sie blieb noch immer sehr profus und weil die Gebärmutter selber so groß war, daß ich schon zum Voraus den Entschluß gefaßt hatte, bei der Operation die vordere Gebärmutterwand à la Doyen durchzuschneiden, kam es, um eine Verunreinigung des Operationsfeldes vorzubeugen, darauf an, ein Mittel zu finden, das uns in den Stand setzen würde, die profuse Ausscheidung vor der Operation gänzlich zum Versiegen zu bringen. Dazu wählte ich mir die Vaporisation und setzte die Gebärmutterschleimhaut während nicht weniger als $1/2$ Minute der Einwirkung eines bis auf 120° C. erhitzten Wasserdampfes aus. Ich glaubte annehmen zu dürfen, solcherweise alle Mikroben und deren Abkömmlinge, nicht nur die zähest lebenden, sondern auch diejenigen, welche sich in den tieferen Rissen und Grübchen aufhalten sollten, vernichten zu können. Auch hier wie in den früheren Fällen, wo ich die Methode anwandte, war Pat. offenbar mehr erschreckt über das Bewußt-

sein, es ströme heißer Dampf in den Körper, als schmerzhaft berührt von der gewaltigen, die Schleimhaut vernichtenden Versengung. Sie fand es »gräßlich«, hat aber später gar nichts von Nachwehen oder Krämpfen bemerkt. Ich hatte auch, wie immer zuvor, besonders darauf Acht gegeben, daß der ausströmende Dampf in keinerlei Berührung mit der Vagina, Vulva oder den äußeren Geschlechtsteilen kommen konnte. Wegen der auffälligen Nervosität, der großen Schwäche und Blutlosigkeit wurden der Kranken zwei Stunden vor der Operation, am Sonntag, den 31. Juli 1898, zweimal 300 g Tavel'sche Kochsalzwasserlösung unter die Haut der beiden Schenkel eingespritzt und eine gemischte Narkose (zuerst Morphinlösung, dann Chloroform) eingeleitet. Nach erneuter Desinfektion wurde der Uterus nach der Methode Doyen's entfernt. Technische Schwierigkeiten stellten sich nicht ein. Die Verbindungen des Kollums mit dem parametranen Bindegewebe waren auffallend locker und konnten größtenteils mit stumpfer Gewalt durch die Finger aufgehoben werden. Die Plica Douglasii zeigte sich bald im Bereiche der Hand und des Auges und wurde sofort hinreichend weit geöffnet; die Vesico-Uterinfalte dagegen wich während des Loslösens der Blase immer mehr nach oben zurück und zu ihrer Durchschneidung bedurfte es des Gebrauches der Schere.

Es hat heute wohl keinen Sinn mehr, die Operation Doyen's an einem lehrreichen Beispiel des näheren zu beleuchten; ich beschränke mich deshalb auf die Mitteilung, daß die operative Arbeit der besonderen Weichheit und Beweglichkeit der Gebärmutter wegen, welche letztere, je nachdem die Operation Fortschritte machte, mittels der in den beiden Wundrändern der medianen Inzision immerzu höher eingehakten Zangen spielenderweise nach unten und außen befördert werden konnte, sich gänzlich à vues im Vulvaraum abspielte. Dührssen hat schon früher eine gleichartige Bemerkung gemacht in Hinsicht auf die Leichtigkeit, womit sich bei einer Sectio caesarea vaginalis die zu operierenden Teile aus dem Introitus vaginae hervorziehen lassen.

Die Operation, welche nicht volle 20 Minuten dauerte, beinahe blutlos und ohne etwaige Unfälle vor sich ging, wurde von der Kranken ausgezeichnet überstanden. Nicht die geringste Reaktion, sogar nichts von Erbrechen oder anderen, einer Chloroformvergiftung aufzubürdenden Erscheinungen. Im Gegenteil, Pat. fühlte sich unmittelbar subjektiv erleichtert; das Fieber mit den begleitenden Erscheinungen von Schwitzen, Bauchschmerzen, Kurzatmigkeit etc., der abscheuliche Geschmack im Munde, der vollständige Mangel an Eßlust, alles dies war auf einmal verschwunden. Schon am 2. August, dem 3. Tage nach der Operation, fing sie an über Appetit zu reden, sogar zu klagen. Aber plötzlich kam ein Knoten im Kabeltau. Schon am 4. Tage nach der Operation, also gut 2 Tage nach Entfernung der Klemmpinzetten, welche etwa 40 Stunden liegen geblieben waren, wurde die Vaginalausscheidung stärker und erlangte bald wieder den scharfen, penetranten Gestank von ehemals. Die Temperatur stieg abends 6 Uhr bis auf 37,8°. Deshalb Auswechslung der Tampons und Scheidenausspülung mit warmer Lysollösung. Pat. hatte nur wenig Nutzen davon, denn die Ausscheidung nahm nicht nur bedeutend an Quantität und Gestank zu, sondern auch die Temperatur stieg an den folgenden Abenden bis 38°, sogar bis 38,4° an und die Kranke fing bald wieder an, sich während der fieberfreien Zeit weniger aufgeweckt und munter zu fühlen.

Bei einer genauen örtlichen, am 7. August vorgenommenen Untersuchung erschrack ich ob des Befundes eines großen knotigen, gräulichen, die ganze Breite der Vaginalwunde besetzenden und sich nach links hin sogar bis an die Beckenwand erstreckenden Tumors.

Des näheren ward sichtbar, daß er sich aus wuchernden, von den Rändern der vorderen und hinteren Vaginalwand hervorsprossenden Gewebsmassen zusammensetzte. Deshalb wurden mit der peinlichsten Genauigkeit alle Ecken, Löcher und Höhlen, welche den Eiter zurückhielten, ausgetupft und ausgespült, und nachher, so gut wie immer möglich war, mit P. Itrol bepudert, welche Behandlung jeden Tag zweimal in Anwendung gezogen und sofort von Erfolg ge-

krönt wurde. Unmittelbar darauf wurde die Temperatur normal und hielt sich in der Folge so. Die Ausscheidung hatte schon am 12. August so gut wie ganz aufgehört. Die Wucherungen, welche am längsten in der linken Seite Stand hielten, bekamen eine bessere Färbung und gingen bald an Größe zurück. Die rechte Wundhälfte zeigte schon am 15. August, also am Tage, wo die Kranke zuerst das Bette verließ, eine feste Narbe. Auch der Allgemeinzustand besserte sich zusehends. Pat. erfreute sich bald einer gesunden Gesichtsfarbe, aß und trank wie jeder andere gesunde Mensch, war lustig und munter und gewann so schnell an Kräften, daß sie die Anstalt am 25. August vollständig geheilt verlassen konnte. Auch die Wucherungen in der Vagina hatten schon beinahe überall einer gehörigen Narbe Platz gemacht.

Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Organs brachte mir eine Überraschung, welcher (ich muß es ehrlich eingestehen) ich gar keine Rechnung getragen hatte. Wenn irgend, so bewahrheitete sich hier die Richtigkeit des Spruches: Le vrai n'est pas toujours vraisemblable. So von vornherein war es besonders unwahrscheinlich, daß eine beinahe 56jährige (dazu fehlte ihr nur ein Monat) eine Schwangerschaftskrankheit herumtragen sollte. Und dennoch war dies der Fall gewesen. Die sich von der umgebenden Schleimhaut scharf abhebende und über deren Oberfläche hervorragende, rauhe, unebene, schon während der Untersuchung festgestellte Stelle war offenbar die faulende Placentargegend, welche nebst zahlreichen, mehr oder weniger entarteten Zotten und Blutgerinnseln, viele Leukocyten und anderes, größtenteils totes, wahrscheinlich von der Decidua herrührendes Gewebe zur Schau trug. Das Muskelgewebe, nicht nur des Körpers, sondern auch des Halses, war ebenso im Prozesse einbezogen und hier und da nekrotisch; dabei konnten überall im Organe (sogar bis unter dem Epithel der Portio vaginalis) unzählige Leukocyten und eigentümlich abgeänderte Deciduazellen nachgewiesen werden. Auch in diesem Falle waren die Herren Prof. Treub und Dr. van der Hoeven so freundlich, die von mir angefertigten mikroskopischen Präparate einer nachprüfenden Untersuchung zu unterziehen, deren Ergebnisse in dem oben Mitgeteilten schon wiedergegeben sind.

Der anatomische Befund entsprach also offenbar der angeblichen Diagnose nicht. Dennoch will es mir vorkommen, daß die befolgte Therapie die einzig zulässige war. Diesem Zurückbleiben der faulenden Nachgeburt und dieser Entzündung, welche alle Teile und Gewebe der Gebärmutter ergriffen hatte, war nicht durch eine einfache Auskratzung abzuhelfen, sondern sie erheischten gebieterisch die gänzliche Ausrottung des kranken Organs. Dazu kam, daß angesichts des bedrohlichen Schwächezustandes der Kranken nur Nutzen erwartet werden konnte, welcher den Organismus innerhalb der kürzest möglichen Zeit vom Krankheitsherde befreien sollte.

Aber noch einmal, wer, der eine etwa 56jährige, die unzweideutigen Erscheinungen einer beginnenden oder schon eingetretenen, sich ungebührlich lange hinziehenden Menopause an sich tragende Frau vor sich sieht, wer sollte nicht geneigt sein, eine dreimonat-

liche Schwangerschaft und deren Folgen gänzlich abzuleugnen? Ich tat es und finde keinen Grund, mir diesen Fehler allzu schwer anzurechnen. Die Literatur und namentlich die spätere ist äußerst karg in Hinsicht auf Mitteilungen von Beobachtungen dieser Art. Zwar enthält »Die Menstruation« von Krieger (1869) deren mehrere; aber nicht eine einzige ist vom Verfasser selbst beobachtet worden und die Mehrzahl stammt aus einer Zeit, als man es mit Mitteilungen aus der dritten Hand noch nicht besonders genau nahm. Spätere Schriftsteller[1] haben sie größtenteils ohne Kritik weiter angenommen oder stellen nach dem Beispiele Hegar's[2] Betrachtungen an über die verschiedenartige Bedeutung, welche die genannten Fälle, je nachdem sie vor oder nach der Menopause in die Erscheinung getreten sind, für die Theorie der Menstruationslehre werden abgeben können.

Des weiteren tut Börner einer Reihe von elf, von Rodsewitch aus der russischen Literatur der Jahre 1872—1881 gesammelten Fällen Erwähnung, welche Geburten im 50—55jährigen Lebensalter betreffen. Nach demselben Autor berichtet John Kennedy von einer 62jährigen (normal) Gebärenden, November 1880, die mit 13 Jahren menstruiert war und seit ihrem 20. Jahre 21 Kinder zur Welt brachte, die letzt vorhergehenden von 47, 49, 51, 53 und 56 Jahren. In der Zwischenzeit war sie stets regelmäßig menstruiert. Aus Taylor's Med. jurisprud. citiert derselbe Autor einige ähnliche Fälle. Im Literaturanhang, welcher dem Abschnitte »die Menstruation« in Veit's Handbuch beigefügt ist, lenkt Gebhard die Aufmerksamkeit auf einen Aufsatz von Depasse: Grossesse à cinquente-neuf ans. Gaz. de gynécol. Paris 1891. Und nach Witkowski sollte Delamotte einer Magd von 51 Jahren Erwähnung tun, welche die Heirat bis zu diesem Alter aufgeschoben habe, damit sie sicher wäre, keine Kinder zu bekommen; die Natur aber kümmerte sich nicht um die Lehre, welche die Sterilität prophezeite, und die Neuvermählte wurdé bald schwanger. So sollte auch Marsa, ein Arzt aus Venedig, die Schwangerschaft einer Sechzigjährigen irrtümlicherweise für eine Bauchhöhlenwassersucht angesehen haben. Alle diese Fälle und vielleicht noch ein paar andere, welche, Krieger's Buch entnommen, in der Literatur herumirren, liefern meines Erachtens den endgültigen Beweis, daß das 48- oder 50jährige Alter nicht die äußerste Grenze der Fruchtbarkeit darstellt, sogar dann

---

[1] Kunoch, Das klimakterische Alter der Frauen (1874).
Börner, Die Wechseljahre der Frau (1886).
Steinhaus, Menstruation und Ovulation (1890).
Witkowski, La génération humaine (septième édition, ohne Jahreszahl, mutmaßlich von 1894 oder 1895).
In »Frommel's Jahresberichten« habe ich nichts Betreffendes auffinden können.

[2] Alfred Hegar, Die Kastration der Frauen. Sammlung klin. Vorträge. N. F. Nr.136—138. Leipzig, Breitkopf & Härtel.

nicht, wenn die sichtbare, an dem Ausbleiben der Menstruation erkennbare Menopause sich schon eingestellt haben möchte. Dennoch wird man gut tun, dem letztmitgeteilten Falle Witkowski's betreffs einer gewissen Frau Lebaudin »qui mit au monde un enfant à quatre-vingt-quatre ans«, keinen Glauben beizumessen. Mir wenigstens ist eine solche Probe von »fécondité tardive« vorläufig ein wenig zu stark. Und es scheint mir fraglich, ob Witkowski selbst diesen Fall ernst nimmt; dazu scheint er mir zu vernünftig und zu skeptisch. Ihm ist z. B. sehr wohl bekannt, daß sogar bei Männern Kohabitations- und Reproduktionsvermögen grundverschiedene Sachen sind. Zwar teilt er uns allerhand auffallende Bravourstücke 70—80- und mehrjähriger Herren mit, aber er schließt diese Erzählungen mit folgender lehrreicher Anekdote ab:

Napoleon I. stellte einmal an Corvisart die Frage: »Si, à soixante ans, un homme peut espérer de devenir père?

Quelquefois, répondit le médecin.

Eh à soixante-dix?

Toujours, Sire!«

Neue Bücher.

1) L. Pincus. Atmokausis und Zestokausis.

Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1903.

Das umfangreiche, 410 Seiten füllende, v. Winckel gewidmete Werk faßt den Inhalt der zahlreichen, besonders den Lesern des Zentralblattes bekannten Publikationen, in denen Verf. für die Anerkennung des von ihm inaugurierten und als »typische Heilmethode« für alle Zeiten mit seinem Namen verbundene therapeutische Verfahren in der Gynäkologie kämpfte, in »monographisch klinischer Darstellung« zusammen.

Die Monographie zerfällt im wesentlichen in zwei Hauptteile. Im allgemeinen bringt Verf. zunächst die Geschichte der Verwertung des kochenden Wassers und des heißen Wasserdampfes zu kaustischen Zwecken und zur Blutstillung und ihre Entwicklung zur typischen Atmokausis und Zestokausis von 1894—1899 und bespricht sodann das Instrumentarium, die instrumentelle Technik, sowie die Anatomie der Atmokausis und Zestokausis.

Der spezielle Teil ist der Klinik der Atmokausis und Zestokausis gewidmet. Es kommen darin vor allem in ausführlichster und gründlichster Weise die zahlreichen Indikationen und Kontraindikationen mit Berücksichtigung der in den letzten Jahren gesammelten Erfahrungen zur Besprechung, wobei Verf. wiederholt der Förderer seiner Methode dankbar gedenkt.

Als Anhang ist dem Werk »die Atmokausis in der Chirurgie und Rhinologie« beigegeben.

35 Abbildungen, Tafeln und Kurven sind in dem auch sonst vortrefflich ausgestatteten Buche im Texte eingestreut.

Nichts was nur irgendwie mit seiner Methode im Zusammenhang steht ist dem Verf. in seiner unermüdlichen auf die allgemeine Verbreitung und Anwendung der Methode zum Wohle der Menschheit bedachten Eifer, den er selbst in dem dem Buche vorstehenden Motto mit einem Plaggeist und einer Fliege, die verscheucht, den Menschen immer wieder von einer anderen Seite anfällt, vergleicht, entgangen.

Eversmann (Bonn).

---

2) C. Binz. Über den Alkohol als Arzneimittel gemäß den Ergebnissen der Forschungen des letzten Jahrzehnts.

(Vortrag in der Hufeland'schen Gesellschaft am 16. Oktober 1902.)
Berlin, 1903.

Während der Weingeist für den gesunden Menschen entbehrlich, im Übermaß sogar außerordentlich schädlich ist, gehört er als Arzneimittel zu den »vielseitigsten und bestwirkendsten, die wir überhaupt besitzen«. Verf. geht vor allem auf die erregende und die ernährende Eigenschaft des Alkohols ein. Aus seinem Laboratorium gingen im letzten Jahrzehnt die Arbeiten von Wilmanns, Weißenfeld, Wendelstadt, Vogel u. a. hervor, in denen die Wirkungen des Alkohols auf den tierischen und den menschlichen Organismus in eingehendster Weise untersucht wurden und die einwandfrei dargetan haben, daß der Weingeist ein vorzügliches Erregungsmittel für Atmung und Kreislauf darstellt. Was den zweiten Punkt, die ernährende Eigenschaft des Alkohols angeht, so kann es sich natürlich nur darum handeln, daß der Alkohol ein Nährmittel für die Verbrennung ist, nicht für den Aufbau. Das Fundament zu den diesbezüglichen Untersuchungen legte B. im Verein mit Bodländer, indem es ihnen gelang nachzuweisen, daß der Alkohol tatsächlich im Organismus verbrannt wird, und zwar in sehr großer Menge (95%). Eine Reihe von anderen Autoren (Offer, Rosenfeld u. a.), deren Untersuchungen B. eingehend bespricht, wiesen dann nach, daß mäßige Gaben Alkohol Fett und Eiweiß im menschlichen Körper ersparen.

Am Schlusse seiner hochinteressanten Ausführungen kommt B. auf Grund der wissenschaftlichen Untersuchungen zu dem Resultat, daß Weingeist in richtiger Weise bei Kranken angewandt nicht nur nützlich, sondern direkt lebensrettend wirkt, eine Ansicht, die vollkommen mit den am Krankenbett gewonnenen Erfahrungen fast aller Kliniker übereinstimmt.

Bischoff (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

3) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg.

Sitzung vom 3. Februar 1903.

Vorsitzender und Schriftführer: Herr Roesing.

Demonstrationen:

Herr Matthaei zeigt einen mit Adnexen abdominal exstirpierten Uterus. Die 35jährige Pat. ist seit 5 Jahren steril verheiratet, da sie gleich gonorrhoisch infiziert wurde. Vor 3 Jahren wurde sie von einem anderen Arzte laparotomiert, der doppelseitige Hydrosalpinx konservativ behandelte mit einfacher Entleerung, und gleichzeitig beiderseits Stomatoplastik der Tuben machte. Schon 3 Monate später traten wieder Koliken auf. Pat. ist seit der Zeit kaum vom Sofa oder Bett aufgestanden. Nach siebenwöchentlicher Beobachtung entschloß Vortr. sich zur Operation. Da auch der Uterus durch Metritis und Endometritis stark verändert war und überdies ein kleines Myom aufwies, zudem fest im Douglas fixiert war, wurde unter präventiver Blutstillung radikal operiert. Links bestand Pyovarium. Kleine Reste von Ovargewebe sind dort zurückgeblieben.

In der anschließenden zustimmenden Diskussion berichten die Herren Falk, Matthaei, Seifert und Roesing über ähnliche Fälle, namentlich auch über Heilungen schwerer gonorrhoischer Veränderungen bei rein zuwartendem Verhalten.

Sitzung vom 17. Februar 1903.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

Demonstrationen:

Herr Grube zeigt ein eigroßes Myom, das er der 68jährigen, steril verheirateten Frau wegen Blutungen entfernte. Es war aus der Cervix in die senil enge Scheide geboren und ließ sich leicht abdrehen. Dahinter kam er in einen kleinen Trichter karzinomatösen Gewebes. Das Parametrium und die Blase waren nicht mehr intakt. Der Uteruskörper klein und senil. Die Höhle wurde mit Paquelin und Liquor ferri behandelt. Das mikroskopische Präparat wird demonstriert.

Herr Staude zeigt einen nach seiner Methode vaginal exstirpierten großen Uterus. Erst die Exzision eines Keiles gab genügendes Material für den pathologischen Anatomen, um die klinische Diagnose des Krebses zu bestätigen.

S. berichtet über eine Pat., welche ihn wegen Endometritis aufsucht. Das schlechte Allgemeinbefinden veranlaßte ihn, außer dem geringen Uterusleiden noch andere zu suchen. Im rechten Hypochondrium fand sich undeutliche Resistenz, die in Narkose deutlich als Tumor fühlbar, der aber perkutorisch von der Leber durch eine Zone hellen tympanitischen Schalles getrennt war. Unter dem Verdacht des Darmkrebses wird laparotomiert und eine salzgurkengroße Gallenblase gefunden. Dieselbe wird eingenäht und von Steinen entleert. Am nächsten Tage Galle. Nach 6 resp. 9 Wochen Sekundärnaht der Fistel. Heilung.

S. demonstriert sodann eine enorm große Gallenblase; dieselbe war ohne Beschwerden getragen, wurde zufällig entdeckt und war in Narkose beweglich wie eine Wanderniere. Die Exstirpation war einfach. Heilung glatt.

Herr Rose berichtet über einen unglücklich verlaufenen Fall von Gallenblasenempyem und Pericystitis mit Durchbruch von Steinen. Die Ruptur trat im Anschluß an eine Geburt mit stürmischen Drangwehen auf. Trotz Operation am 2. Tage mit Drainage entwickelte sich Sepsis, die nach 3 Tagen zum Tode führte.

Herr Seiffert berichtet über eine rapid verlaufene Eklampsie. Er fand die Pat. bereits tot. Der Hausarzt berichtete, daß nur zwei Anfälle aufgetreten seien,

im zweiten erlag die Kranke. Der Uterus entsprach etwa dem 7. Monat, die Geburt hatte kaum begonnen. Das Kind war tot. Die Therapie hatte in Injektion von 0,02 Morphin bestanden.

Sitzung vom 3. März 1903.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

Herr Mond berichtet über einen Fall von Eklampsie. Es handelt sich um eine 34jährige Ipara; nach dem Berichte des Hausarztes soll in der Schwangerschaft stets gutes Befinden bestanden haben; am Ende der normalen Zeit ging Freitag früh 5 Uhr das Fruchtwasser weg und 1/2 Stunde später stellte sich der erste eklamptische Anfall ein; die Anfälle wiederholten sich am Freitag alle 2—3 Stunden; in der Nacht zum Sonnabend und Sonnabend des Tages über dasselbe Bild; Urinmenge minimal, beim Kochen erstarrte der Urin im Glase; mikroskopisch wurde das Sediment nicht untersucht. Die Frau lag anhaltend im Koma; therapeutisch war Chloroform, Chloralhydrat, Morphium in Dosen von 0,015, heiße Duschen versucht worden; in der Nacht zum Sonntag, also nach 40stündigem Liegen sollen von dem behandelnden Kollegen bei gut dreimarkstückgroßem Muttermunde Inzisionen und ein Zangenversuch gemacht sein, Sonntag Morgen gegen 8 Uhr wurde ich geholt; die Frau lag im Koma, bei der ersten Untersuchung stellte sich ein heftiger eklamptischer Anfall ein. Sehr enge Scheidenverhältnisse, Nabelschnurvorfall, keine Pulsation, Muttermund höchstens knapp fünfmarkstückgroß, Kopf noch nicht ganz ins Becken eingetreten. Bei Lagerung auf den Tisch trat noch ein heftiger — der 15. — Anfall auf — der letzte. Schleunigst ausgeführte Perforation des kolossalen kindlichen Schädels und Extraktion der Frucht. Leichte Expression der großen, mit Infarkten durchsetzten Placenta. Normales Puerperium, frei von jedem Anfall; nach 10 Tagen war die Frau außer Bett; Urin noch stark eiweißhaltig in den ersten 2 Wochen p. part.; bei vorwiegend Milchdiät und Fachinger soll der Urinbefund nach Aussage des Hausarztes zur Zeit ein durchaus zufriedenstellender sein.

Herr Calmann: Anknüpfend an die Veröffentlichungen von Kreutzmann (dieses Zentralblatt 1902 Nr. 50) und Gradenwitz (l. c. 1903 Nr. 5) über die Nachteile der Ventrofixation möchte ich über zwei Fälle berichten, die obige Ausführungen treffend stützen.

Fall I. 25jährige Nullipara, steril verheiratet, leidet an einer rechtsseitigen, etwa faustgroßen Ovarialcyste und beweglicher Retroflexio uteri. Exstirpation der Cyste, Annähung des Corpus uteri an die Bauchdecken direkt über der Blase mit zwei durch die vordere Wand oben am Fundus und durch Peritoneum, Muskulatur und Fascie gelegten Katgutfäden (am 24. August 1899). Glatter Verlauf, vorzügliche Lage des Uterus. — 5 Wochen später treten die Menses, die bis dahin ganz schmerzlos und mäßig stark gewesen waren, unter enormen Schmerzen und mit ungewöhnlich starken Blutungen auf, dauern 8 Tage, statt früher fünf. Dasselbe wiederholt sich noch dreimal mit gesteigerter Intensität bis Gravidität eintritt. Während der Dauer derselben heftige Schmerzen im Leib und Kreuz, bis am Ende des 3. Monates der Abort eintritt. Nunmehr wiederholt sich das Spiel der Menstruationsbeschwerden, bis nach etwa 8 Monaten eine Curettage vorgenommen wird; die Blutungen werden nunmehr geringer, aber die Schmerzen bleiben. Nach weiteren 5 Monaten erfolgte ein zweiter Abort im 3. Monate, die alten Beschwerden traten wieder auf. Ich erwog schon die operative Loslösung des Uterus, als eine dritte Schwangerschaft eintrat, die trotz häufiger und ziemlich starker Blutungen ausgetragen wurde und mit der auffallend raschen und leichten Geburt eines reifen, gesunden Knaben endete (den 3. März 1903). Keine Lues bei Mutter und Kind.

Fall II. 42jährige IXpara; von ihrem Manne geschieden. Sechs Abortus. Klagt über Schmerzen im Rücken und in der Seite, Schwellungen an Augen, Finger, Füßen und Leib. Das Urinieren fällt ihr besonders in aufrechter Haltung schwer, ist auch etwas schmerzhaft. Wünscht »wegen Knickung der Gebärmutter und

des Ureters (!)« Operation. — Hysterika (Stigmata!). Uterus anteflektiert, beweglich, etwas zurückgesunken in die Kreuzbeinhöhle, rechte Tube wenig verdickt. Leichte Cystitis. — Ich rate ihr von einer Operation dringend ab. Unter milder Behandlung der Blase und des Allgemeinzustandes schnelle Besserung.

Nach $1^1/_2$ Jahren wurde ich zur Pat. gerufen, sie lag in elendem Zustande da, konnte sich vor Schmerzen nicht rühren und nur im Liegen Urin lassen. Es war bei ihr eine Ventrofixation ausgeführt worden. Ich fand eine Laparotomienarbe, die an einer Stelle äußerst empfindlich war; ebendaselbst fühlte man den Fundus uteri fest und unverschieblich angeheftet und sich in die Bauchwand hineinwölbend. Eine Hyperästhesie konnte ich ausschließen. — Ich eröffnete wieder die Bauchhöhle; der Fundus uteri war mit seinen Ecken entsprechend den Ansätzen der Ligg. rotunda, sehr fest verwachsen, die Excavatio vesico-uterina war verödet. Außerdem fanden sich noch zahlreiche Verwachsungen besonders des Netzes, das bis auf den Beckenboden vor dem Lig. latum angeheftet war. Ich löste dieses und den Uterus mit großer Mühe aus, ohne Nahtmaterial zu finden. Unglücklicherweise entwickelte sich eine Infektion der Bauchhöhle. Pat. wurde mit einer kleinen Bauchdeckenfistel, aber ohne Schmerzen entlassen, ging jedoch mit ihren alten Harnbeschwerden von Arzt zu Arzt, wurde noch verschiedene Male operiert und schließlich von ihrem Uterus, aber nicht von ihren Harnbeschwerden befreit.

Wie ich durch mündlichen Bericht erfuhr, war seinerzeit der rechte Ureter freigelegt und der Uterus nach Olshausen mit Katgut an die Bauchwand genäht worden.

Also auch diese vorsichtige Befestigungsart hatte zu außerordentlich hochgradigen Beschwerden geführt, die mit der Hysterie der Pat. ganz gewiß nichts zu tun hatten und auch nach Loslösung des Uterus verschwanden.

Nach diesen beiden Erlebnissen wandte ich mich der Verkürzung der Ligg. rotunda von der Scheide aus nach Wertheim zu, in allen den Fällen, wo noch weitere Eingriffe in der Bauchhöhle oder in der Scheide nötig waren. Bei fünf Fällen erlebte ich zwei Rezidive noch in der Konvaleszenz — und reuig kehrte ich zum Alexander-Adams zurück unter Kombination mit Plastiken und hinterer Kolpotomie zur Lösung von Adhäsionen, Entfernung der Adnexe etc. Den Nachteil zweier Operationsgebiete schlage ich gering an gegen die etwaigen unerwünschten Folgen einer »gelungenen« Ventrofixation.

In der Diskussion betonen die Herren Seiffert, Mond und Grube die Vorzüge der Ventrofixation gegenüber dem Alexander-Adams. Die Herren Staude, Falk und Roesing bestehen besonders auf konservativem Verhalten, wie Pessarbehandlung ohne Operation. Die von Herrn Calmann berührten schweren Nachteile kann keiner bestätigen.

Herr Calmann (Schlußwort): Zur Frage der von mir nicht berührten Indikation möchte ich nur bemerken, daß ich bei angeblichen Retroflexionsbeschwerden erst nach Komplikationen suche und diese vorzugsweise behandle. Operativ greife ich die Rückwärtsbeugung nur bei Prolapsen oder wegen Fixationen an. Aus der Diskussion ergibt sich selbst in den Ausführungen der Freunde der Ventrofixation noch immer genügend belastendes Material (Beschwerden, Ligamentbildung etc.); sogar Rezidive werden mitgeteilt, so daß sie auch in dieser Beziehung vor dem Alexander-Adams nicht all zu viel voraus zu haben scheint. Diese Methode dagegen hat doch jedenfalls den gewaltigen Vorzug, daß sie keine hochgradigen Beschwerden und keine gefährlichen Folgeerscheinungen zeitigt. Die Gefahr der Leistenhernien ist gewaltig übertrieben worden und fällt dann gänzlich fort, wenn man auf Spaltung des Leistenkanales verzichtet.

Sitzung vom 17. März 1903.

Vorsitzender: Herr Staude; Schriftführer: Herr Roesing.

Demonstrationen:

Herr Lomer zeigt ein Netz mit zahlreichen Fibromen von flacher Münzenform.

Die 32jährige Pat. suchte ihn auf wegen adhärenter Retroflexio. Bei der Operation trat zunächst ein sehr tiefer und schwerer Chloroformkollaps auf. Nach dessen Beseitigung wird unter Äther fort operiert. Der Uterus wird gelöst und mit Silkworm an den Ligg. rotunda vorn fixiert. Dabei fallen eigentümliche, »Geldmünzen« ähnliche Gebilde im Netze auf. Unter dem Verdachte maligner Erkrankung wird das Netz resesiert. Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Simmonds) ergibt reines Fibrom! Bisher ist in der Literatur nur eine Beobachtung von Dr. Benkiser niedergelegt. Am 10. Tage trat eigentümliche Exzitation auf, die auch vom Spezialpsychiater zunächst als Jodoformintoxikation gedeutet wird. Die Pat. beruhigt sich wieder, wird geheilt entlassen, machte aber auch vor der Operation stets einen psychopathischen Eindruck.

L. zeigt eine Blasenmole.

Die 47jährige, früher luetische Pat. hat zweimal im 3. und 4. Monate abortiert, einmal tot geboren vor ca. 3/4 Jahren. Jetzt tritt nach ca. achtwöchentlicher Menopause hämorrhagischer Ausfluß auf. Bei der ersten Untersuchung fühlt man einen großen, im Douglas zum Nabel aufsteigenden Tumor mit Fluktuation, wie eine Ovarialcyste. Bei wiederholter Untersuchung in der Klinik wird Gravidität klar. Nunmehr Tamponade und Ausräumung. Hierbei kommt eine große Blasenmole zutage. Der Uterus erscheint auffallend weich und erweckt den Verdacht des malignen Deciduoms.

In der sich an Fall I anschließenden, lebhaften Diskussion: ob Jodoformintoxikation, Psychose oder sonstige nervöse Störung vorlag, entscheidet sich die Mehrzahl für Jodoformintoxikation, trotz der sehr geringen verwandten Menge. Herr Kümmell besonders warnt energisch vor Jodoform, das er selbst bei tuberkulösen Prozessen nur ungern benutzt. Auf die Anfrage des Herrn May wird allseitig konstatiert, daß in der Geburtshilfe das Jodoform offenbar sehr gut vertragen wird, was Herr Schrader nach Ahlfeld mit der geringen Resorptionsfähigkeit des Uterus gegen die Meinung des Herrn Calmann und Deseniss erklärt.

Über die Blasenmole ist sich die Gesellschaft einig darin, daß das bisher übliche konservative Verhalten beizubehalten sei und der von Seiten der Pathologen kürzlich gemachte Vorschlag, jede Mole als malignen Tumor anzusehen, klinisch nicht als berechtigt erschiene.

Herr Staude demonstriert einen wegen Ruptur sub partu vaginal exstirpierten Uterus. Die Pat. wurde nach Austritt des Kindes in die Bauchhöhle in die Anstalt geschafft. Der Assistent entwickelte das Kind per vias naturales. Dann wurde vaginal totalexstirpiert. Peritoneum nur durch Tampon geschlossen. Kochsalz infundiert. Glatte Heilung.

S. zeigt weiter einen Uterus mit verkalktem Myom. Dieser wurde bei Totalprolaps zugleich mit citronengroßem Ovarialtumor entfernt. Trotz der geringen Größe machte dieser bei sehr kurzem Lig. infundibulo-pelvicum große Schwierigkeiten für die Kletterligatur.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Mond, Schrader, Deseniss, Seeligmann, Camann, Lomer und Staude. Alle sind der Ansicht, daß eine scharfe Indikationsstellung unmöglich und jedem das Verfahren nach den Umständen freigestellt werden müsse.

Neueste Literatur.

4) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XLIX. Hft. 1.

1) Otto v. Franqué (Würzburg). Über Chorioepithelioma malignum.

v. F. beschreibt drei Fälle von Chorioepithelioma malignum, die in der Würzburger Klinik während der letzten 7 Jahre beobachtet wurden. Die mitgeteilten Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung dieser Geschwülste bestätigen in

allen wesentlichen Punkten im Gegensatze zu den Ausführungen Winkler's die Ansichten Marchand's über die Genese dieser Tumoren.

Im ersten Falle — 36jährige Frau — war die Geschwulst im Anschluß an einen Abort der ersten Monate entstanden und stellte die atypische Form eines malignen Chorionepithelioms dar. Totalexstirpation des Uterus per vag., glatte Genesung, Exitus ca. 1 Jahr darauf wahrscheinlich an Metastasen.

Im zweiten Falle handelte es sich um die typische Form eines Chorionepithelioms, das bei einer 25jährigen Pat. 2 Monate nach einem normalen Partus zu $1/4$ Jahr andauernden Blutungen geführt hatte. Zwei energische Ausschabungen und im Anschluß daran vorgenommene Ätzungen haben die Frau anscheinend dauernd geheilt. Sie hat in den nächsten 5 Jahren noch zweimal normale Partus durchgemacht, während die Menstruation in der Zwischenzeit keine Abweichungen von der Norm zeigte.

Bei der dritten Kranken — 46jährige Pluripara — war die Geschwulst nach einer Blasenmole entstanden. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung der ausgeschabten Massen wurde der Uterus vaginal exstirpiert. In dem Organ wurden Geschwulstkeime nicht mehr gefunden, so daß man annehmen muß, daß zwei der Totalexstirpation vorausgeschickte Ausschabungen alles Maligne entfernt hatten. Die Operation liegt noch nicht $1/2$ Jahr zurück, die Kranke ist bis jetzt rezidivfrei. Auch in diesem Falle wurde die atypische Form des malignen Chorionepithelioms festgestellt.

Verf. macht besonders darauf aufmerksam, daß es sehr schwierig ist, die atypischen Formen dieser Geschwülste richtig zu diagnostizieren und die Indikation für das therapeutische Handeln festzusetzen. Der letzte Fall dient in diesem Sinne als Beweis; da der exstirpierte Uterus keine Geschwulstkeime mehr aufwies, so hätte der Pat. das Organ erhalten werden können.

2) Schnell (Frankfurt a/M.). Eine seltene Zwillingsplacenta.

Eine 31jährige Frau kam nach vorausgegangenem einmaligen Aborte circa 2 Monate vor dem Termine mit Zwillingen nieder. An den Kopf des ersten Kindes wurde die Zange angelegt, die Extraktion gelang zunächst nur bis zum Nabel, erst nach Unterbindung und Durchtrennung eines aus Eihäuten bestehenden Stranges, der den fehlenden Nabelstrang ersetzte, war der Widerstand geschwunden und glückte es, das Kind ganz zu entwickeln. Schon bei der Extraktion sprang die Fruchtblase des zweiten Kindes, das sich in vollkommener Fußlage zur Geburt stellte und leicht extrahiert wurde. Inzwischen hatte sich der Hautnabel des ersten Kindes aus der Unterbindungsschlinge zurückgezogen, die Peritonealhöhle war eröffnet und Därme waren prolabiert. Nach Reposition der Intestina Schluß der Bauchhöhle mit fortlaufender Naht. Beide Kinder starben während der zwei ersten Tage post part.

Wie die im übrigen normale Nachgeburt zeigte, handelte es sich um eine eineiige Zwillingsschwangerschaft. Die Gefäße für beide Früchte verliefen etwa 18 cm weit zunächst interamniotisch, sie teilten sich dann in der Weise, daß der erstgeborene Fötus keine Nabelschnur besaß, indem er der amniotischen Scheidewand direkt aufsaß, während die zweite Frucht eine pseudovelamentöse Nabelschnurinsertion aufwies.

Verf. bespricht die Entstehung des abnormen Gefäßverlaufes in diesem Falle nach den früheren und den jetzigen Anschauungen über die Bildung der Nabelschnur beim Fötus und erläutert seine Ausführungen durch beigegebene schematische Zeichnungen.

3) Sigmund Gottschalk (Berlin). Beitrag zur Lehre vom Geburtsmechanismus (Eintritt des Kopfes in den geraden Durchmesser des Beckeneinganges).

Der Geburtsfall betraf eine 25jährige IIgebärende mit etwas abgeplattetem Becken; der Kopf stellte sich bei gerade nach vorn gerichtetem Rücken des Kindes in der Weise im Beckeneingange ein, daß die kleine Fontanelle an der Symphyse, die große am Promontorium stand, während die Pfeilnaht im geraden Durchmesser des Beckeneinganges verlief. Bei kräftiger Wehentätigkeit trat zu-

nächst die große Fontanelle in das kleine Becken ein, es folgte das Hinterhaupt, wobei bemerkenswert war, daß die kleine Fontanelle sofort nach dem Eintritt ins Becken nach links vorn abwich mit im ersten schrägen Durchmesser verlaufender Pfeilnaht, während der kindliche Rücken nach wie vor gerade nach vorn zu lag. Eine leichte Beckenausgangszange mit lebendem Kinde beendete die Geburt. Am kindlichen Kopfe war der Höhendurchmesser verlängert, der fronto-occipitale Durchmesser dadurch verkleinert, daß Stirnbein und Hinterhauptsschuppe abgeplattet und zugleich unter die Scheitelbeine geschoben waren, während die Schlüsselbeine gegeneinander keine Verschiebung aufwiesen.

Der Fall beweist von neuem, daß die Einstellung des Kopfes im Beckeneingange in erster Linie von der Stellung des kindlichen Rückens abhängig ist, daß dagegen die Drehung des Kopfes im Becken in der Weise erfolgt, daß der größte Durchmesser des Kopfes sich in den größten Durchmesser der betreffenden Beckenebene einzustellen sucht, ganz unbeeinflußt von der Stellung des kindlichen Rückens.

4) W. Zangemeister (Leipzig). Die Beschaffenheit des Blutes in der Schwangerschaft und der Geburt.

Z. ist bei seinen Blutuntersuchungen zu folgenden Resultaten gekommen. Das Blutserum Schwangerer zeichnet sich gegenüber dem Serum Nichtschwangerer aus durch eine Verringerung des spezifischen Gewichtes, des Eiweißgehaltes, der molekularen Konzentration, der Alkaleszenz; dagegen durch eine Erhöhung des Gehaltes an Chloriden.

Man kann daher mit Recht von einer Hydrämie oder noch besser von einer Hydroplasmie des Blutes der Schwangeren sprechen. Während der Geburt steigt bereits die Konzentration des Blutserum und 9—12 Tage post part. hat das Blut seine ursprüngliche Beschaffenheit fast wieder erreicht.

Die Verdünnung des Blutplasma in der Schwangerschaft ist wahrscheinlich auf eine Vermehrung der gesamten Blutmenge durch Aufnahme von Wasser zurückzuführen.

5) Micholitsch (Wien). Zur Ätiologie der Tubarschwangerschaft.

M. berichtet in eingehender Weise über das Operationsergebnis von zehn besonders instruktiven Fällen von Tubargravidität der ersten Monate, die er aus dem weit umfangreicheren Gesamtmateriale des Prof. Wertheim ausgewählt hat. Gute Abbildungen der durch die Operation gewonnenen Präparate sind der Arbeit beigefügt, Zeichnungen erläutern in vortrefflicher Weise die Hauptergebnisse der mühsamen, teilweise mit Zuhilfenahme von Serienschnitten ausgeführten mikroskopischen Untersuchungen.

Die Hauptergebnisse der bedeutenden Arbeit seien in folgendem zusammengefaßt. In jedem der Fälle inserierte das Ei in einer durch Mißbildung anormalen Tube, indem die Veränderungen des Eileiters teils angeboren, teils erworben waren. Die Anomalien bestanden in Nebengängen, Schleimhautausstülpungen des Eileiters, durch welche das befruchtete Ei auf seinem Wege zum Uterus mechanisch aufgehalten wurde, und in denen gleichsam wie in einem toten Raume die Einnistung und die Entwicklung des Eies zustande gekommen war.

Verf. sieht daher in dem Vorhandensein von Nebenräumen des Tubenlumens die häufigste Ursache der Tubengraviditäten.

Gegenüber den angeborenen Mißbildungen der Tube waren die erworbenen gewöhnlich die Folge einer vorhergegangenen Entzündung des Eileiters, indem die Entzündung zu adenomartigen Schleimhautwucherungen der Tube oder zu Verklebung der Schleimhautfalten mit Bildung von zahlreichen verzweigten Gängen und Divertikeln geführt hatte. In diesen vielfach geteilten Gängen und Spalten fängt sich leicht das befruchtete Ei, so daß auf diese Weise erklärt wird, warum der Tubargravidität so häufig eine Eileiterentzündung vorausgegangen ist.

6) Robert Meyer. Über eine adenomatöse Wucherung der Serosa in einer Bauchnarbe.

Bei einer 35jährigen Kranken war von anderer Seite wegen Retroflexio fixata und rechtsseitiger Adnexerkrankung die Ventrifixatio uteri und Entfernung der

rechtsseitigen Anhänge ausgeführt worden. Die Kranke war nach der Operation wegen bedeutender Schmerzen an der Stelle der Bauchnarbe dauernd arbeitsunfähig und unterzog sich daher 2 Jahre später einem neuen von M. vorgenommenen Leibschnitt. Aus der Bauchnarbe wurde ein Tumor exstirpiert, ein Teil des Netzes wurde reseziert und aus dem mit der Bauchwand fest verwachsenen Uterusscheitel ein keilförmiges Stück herausgeschnitten. Pat. war nach dieser zweiten Operation beschwerdefrei und arbeitsfähig. Eine beigefügte Abbildung zeigt einen medianen Sagittalschnitt durch das exzidierte Stück Bauchwand. Auffallend ist an dem Präparate, daß sich an Stelle der Bauchmuskeln eine ca. $2^1/_2$ cm dicke Narbe fand, die mit großen und kleinen epithelialen Cysten, Kanälen und drüsenähnlichen Schläuchen durchsetzt war und in direktem Zusammenhange mit dem Uterusscheitel stand.

Die epithelialen Cysten dieser Narbe können von den Drüsen der Haut oder von einer Metaplasie der Lymphendothelien oder von epithelialen Einsprengungen des Uterusscheitels nicht abgeleitet werden; die Epithelien sind vielmehr auf die seröse Bekleidung des Peritoneum zwischen Nahtstelle der Bauchwand und des Uterus zu beziehen und sind von hier aus in die Bauchnarbe eingedrungen. Ob man die seröse Bekleidung des Uterus oder die der Bauchwand als Ausgangspunkt der epithelialen Wucherung zu betrachten hat, ist unmöglich zu entscheiden. Der formative Reiz, der die Wucherung der Serosaendothelien zur Folge hatte, ist in dem zu hohen Annähen des Uterus an der vorderen Bauchwand bei der ersten Operation zu suchen.

7) Josef Halban (Wien). Zur Therapie der Gynatresien.

In der vorliegenden Arbeit finden die Cervix- und die hohen Scheidenatresien sowie deren Folgen, im besonderen die Hämatometra, eine eingehende Besprechung. Die Operationsmethode hat sich danach zu richten, ob neben der Hämatometra noch eine Hämatosalpinx und ob eine Doppelmißbildung vorhanden ist. In beiden Fällen ist die Laparotomie auszuführen, während ohne bestimmte Kontraindikation im allgemeinen der vaginale Weg zu bevorzugen ist. Verf. bespricht die einzelnen Operationsverfahren der vaginalen Eröffnung des Uterus, der Hysterostomie. Sehr schwierig wird die Indikationsstellung dann, wenn die Cervix fast ganz oder völlig fehlt und durch Bindegewebe ersetzt ist, während die Scheide nach oben zu in einen Blindsack ausläuft. Verf. hat in einem derartigen Falle — Doppelmißbildung, Sitz der Hämatometra im gut entwickelten Horn mit rudimentärem Nebenhorn — die Hämatometra entleert, den Uterus stark antevertiert und die Schnittränder im Fundus mit der eröffneten Scheide vernäht. Nach der Operation wurde die Kranke ziemlich regelmäßig menstruiert.

In einem zweiten, ebenfalls ausführlich beschriebenen und abgebildeten Falle wurde die Hämatometra exstirpiert, da sie im rudimentären Nebenhorn saß, während das andere Horn normal menstruierte. Die Fälle von Hämatometra im rudimentären Nebenhorn sind viel seltener als die im normal entwickelten Horn. Mit dem mitgeteilten Falle finden sich nur elf Beobachtungen dieser Art in der Literatur.

8) Ludwig Kleinwächter. Einige Worte über wiederholte Schwangerschaftsunterbrechung seltenerer Ätiologie.

Auf die Bedeutung nicht verheilter Cervixrisse für das Zustandekommen von Aborten hat in Deutschland schon vor Emmet Olshausen aufmerksam gemacht. K. hat beobachtet, daß derartige Cervixrisse weit häufiger als man gewöhnlich annimmt zu Schwangerschaftsunterbrechungen führen. Er selbst hat elf Kranke gesehen, die bei der Geburt eines ausgetragenen Kindes einen Cervixriß acquiriert hatten und dann bei allen folgenden Schwangerschaften abortierten. Der unanfechtbare Beweis, daß der Riß tatsächlich die Ursache des Abortes war, wurde in zwei Fällen dadurch erbracht, daß die Kranken nach der Naht des Risses ausgetragene Kinder gebaren. In dem einen Falle riß die genähte Cervix bei der Entbindung von neuem, darauf folgte der Geburt des ausgetragenen Kindes wieder ein Abort. Ob bei einer Anzahl der übrigen neun Fälle neben dem Cervixrisse

der gleichzeitig vorhandene Uteruskatarrh als Ursache des Abortes anzusehen war, läßt Verf. unentschieden.

K. beschreibt ferner einen Fall, bei dem der Uterus nach voraufgegangener Pelveoperitonitis in retroflektierter Stellung fixiert lag. Es traten zwei Aborte in der ersten Schwangerschaftshälfte ein, dann wurde ein ausgetragenes Kind geboren, indem die erneute Schwangerschaftshyperämie schließlich zu einer Lockerung und Dehnung der vorhandenen Beckenadhäsionen und damit zur Mobilisierung des Uterus geführt hatte.

In drei bis vier anderen Fällen folgte der stattgefundenen Konzeption jedesmal Schwangerschaftsunterbrechung in den ersten Monaten.

Bei einer Pat. mit umfangreichem Beckenexsudat traten innerhalb von 3/4 Jahren dreimal Aborte ein. Das Exsudat war bei einem rechtzeitigen Partus 5 Monate vor dem ersten Aborte entstanden.

Zum Schlusse der Arbeit führt K. zwölf Fälle an, in denen die wiederholt eintretenden Aborte auf die verschiedensten Ursachen zurückzuführen waren: Fibrome des Uterus, Herzfehler, Hydramnion, Emphysem und chronische Lungenkrankheiten. **Scheunemann** (Stettin).

Geburtshilfliches.

5) Lambinon (Lüttich). Geburt und Syphilis.

(Journ. d'accouchement 1902. Nr. 32.)

Verf. empfiehlt auf Grund sehr günstiger Erfahrungen bei Syphilis der Mutter, zumal bei habituellem Abort, die Anwendung von Jodkali. Jeden Abend 1 g in Bier vor dem Schlafengehen zu nehmen. **Weisswange** (Dresden).

6) A. Brothers (New York). Ein Fall von Kaiserschnitt mit nachfolgender Totalexstirpation wegen eingekeilten Cervixmyoms und Vorfall der gangränösen Nabelschnur bei septischer Infektion. Genesung.

(Med. record 1902. Juni 7.)

Außerdem ist noch zu sagen, daß die Pat. am 9. Tage nach der Operation in einem Anfalle von geistiger Alienation das Bett verließ, wobei die Bauchwunde klaffte und ein Teil des Darmes eventriert wurde.

G. Frickhinger (München).

7) Ziemann. Beitrag zur Chirurgie in warmen Ländern. Sectio caesarea quer durch die Bauchdecken ohne Naht des Uterus und ohne Narkose durch eine Hebamme.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902. Nr. 52.)

Verf. erzählt als Beweis der auffällig günstigen Heilungsverhältnisse in warmen Ländern einen Fall, wo bei der Frau eines Missionars von einer als Hebamme ausgebildeten Missionarin in Ermangelung eines Arztes der Kaiserschnitt mit Impflanzette glücklich ausgeführt wurde.

36jährige Ipara, I. Schädellage, Wehen seit 2 Tagen, sehr starke Kopfgeschwulst bis vor die Vulva, schwarzblaue Färbung und Schwellung der Labien und Analgegend, Kontraktionsring am Nabel. Trotz starker Wehen tritt der Kopf nicht tiefer. Ärztliche Hilfe nicht zu haben. Da kein Chloroform da, Operation ohne Narkose mit kleiner Impflanzette. 16 cm langer Querschnitt 2 cm unterhalb des Nabels. Nach Abnabelung und Lösung der Placenta so starke Kontraktion des Uterus, daß das Nähen unterlassen wird, da sich die Wundränder gut aneinander legen. Naht der Bauchwunde mit Katgut, den die Operateurin vor Jahresfrist mitgebracht und in Alkohol aufbewahrt hat. Starker Blutverlust. Dauer der Operation 3/4 Stunde.

Verf. sieht Pat. 31 Stunden nach der Operation mit Incontinentia urinae (Blasenhalsquetschung durch Kopf), aber sonst in gutem Zustand. Glatter Verlauf. Inkontinenz geht bald spontan zurück, Schwellung der Labien geht nach Spaltung eines vereiterten Hämatoms glatt zurück. **Weisswange** (Dresden).

8) H. Thomas. Zur Indikation und Technik des Kaiserschnittes. (11 Fälle aus der Breslauer Frauenklinik.)

Inaug.-Diss., Breslau, 1902.

T. berichtet über 11 Fälle von Kaiserschnitt, die in der Zeit vom Dezember 1899 bis Mai 1900 in der Breslauer Universitäts-Frauenklinik ausgeführt wurden. Bevor Verf. über die einzelnen Fälle eingehend berichtet, gibt er eine kurze Übersicht über die wichtigsten Daten aus der Geschichte des Kaiserschnittes. Hieran schließen sich die Krankengeschichten der betreffenden Fälle. Es gab viermal die Eklampsie Anlaß zur Sectio, sie wurde stets ausgeführt in erster Linie zur Rettung des mütterlichen Lebens, als letzter Versuch, nachdem die konservative Behandlungsweise sich machtlos erwiesen hatte. Von diesen 4 Fällen wurden zwei im 8. Monat, zwei im 9. Monat der Schwangerschaft operiert. Siebenmal gab das enge Becken die Indikation zur Sectio caesarea, und zwar war die Indikation stets eine relative. Viermal konnte an Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht mehr gedacht werden, da die Frauen viel zu spät in die Klinik kamen. In einem Falle hoffte man durch Hystereuryse ein lebendes Kind zu erhalten, da aber auch nach der Geburt des Ballons, der Kopf noch hoch über dem Beckeneingang stehend befunden wurde, die äußeren Umstände für die Sectio caesarea sehr günstig waren, wurde diese gewählt. Es folgt nun eine genaue Beschreibung der Technik, die von Küstner in einzelnen Punkten wesentlich modifiziert wurde. Neunmal wurde Längsschnitt, zweimal querer Fundalschnitt ausgeführt. Blutung war bei allen Fällen gering, Atonie trat nur einmal auf, ließ aber sofort nach Entfernung der Placenta nach. Küstner gibt dem vorderen Längsschnitt gegenüber den anderen Methoden den Vorzug. Die Entwicklung des Kindes machte nie Schwierigkeiten. Die Placenta mußte zehnmal manuell gelöst werden. Uterusnaht in 2—3 Schichten, je nach der Wanddicke des Uterus. Besonderer Wert wird auf sorgfältige, dichte Anlegung der Naht gelegt. Nahtmaterial einmal Kumolhanf, sonst stets Kumolkatgut, das in der Klinik sterilisiert wird. Was die Mortalität betrifft, so starben von den elf Frauen sechs, und zwar vier infolge der Eklampsie, eine Frau infolge schwerer Nephritis und beginnender Herzschwäche. Einmal war Sepsis Todesursache. Dieser Fall war außerhalb der Klinik von der Hebamme mehrmals untersucht worden. Trotz der schlechten Aussicht für die Mutter bei Eklampsie ist nach Ansicht des Verf. die Sectio caesarea geboten, wenn bereits alle konservativen therapeutischen Maßnahmen versagt haben und die Entbindung des Zustandes der Weichteile wegen per vias naturales zu lange Zeit in Anspruch nehmen würde. Der Kaiserschnitt würde dann für die Mutter den letzten therapeutischen Versuch, für das Kind einen wahrscheinlichen Weg zur Rettung des Lebens darstellen. **R. Biermer** (Wiesbaden).

9) R. Stroeder. Kaiserschnitt infolge Narbenstenose der Scheide.

Inaug.-Diss., Marburg, 1902.

S. berichtet über einen Fall von Kaiserschnitt aus der Marburger Frauenklinik, bei dem die Indikation gegeben war durch narbige Stenose der Scheide. Zehn weitere Fälle, bei denen aus demselben Grunde teils Porro, teils konservativer Kaiserschnitt gemacht wurde, die seit der Arbeit von Neugebauer veröffentlicht wurden, werden kurz erwähnt. Am häufigsten war die Entstehungsursache der Narbenstenose eine vorausgegangene schwere Entbindung, auch bei dem in Marburg beobachteten Falle trifft diese Ursache zu. Seltener waren andere Traumen für die Ätiologie der Verengerung verantwortlich zu machen (Amputation der Portio). In einzelnen Fällen war eine tiefgreifende Verätzung Ursache der Stenose. Infektiöse Erkrankungen, wie Scharlach oder Typhus oder tertiäre Lues kamen ebenfalls ätiologisch in Betracht. **R. Biermer** (Wiesbaden).

10) A. Horne (Dublin). Sectio caesarea.

(Dublin journ. of med. sciences 1902. März.)

23jährige IIpara; 4 Fuß 4 Zoll hoch; mit Conjugata diagonalis von 6,8. Erstes Kind nach sehr schwieriger, instrumenteller Entbindung totgeboren. Operation am Ende der zweiten Gravidität; noch nicht außerhalb der Anstalt vaginal untersucht; günstigste Verhältnisse in jeder Beziehung: Uterus vor die Bauchdecken, Längsschnitt, Placenta getroffen, lebendes Kind am Steiß extrahiert. Rekonvaleszenz tadellos. Zeiss (Erfurt).

11) W. Gibb Dun und A. W. Russell (Glasgow). Symphyseotomie.

(Glasgow med. journ. 1902. September.)

IIpara mit $3^1/_8$ Zoll Conj. diagon., hat schon, nach sehr langwieriger Geburtsarbeit, ein ausgetragenes totes Kind spontan geboren. Bei der zweiten Entbindung konnte der Kopf nicht zum Eintritt kommen, daher Symphyseotomie und Zange. Resultat für Mutter und Kind ($8^1/_4$ Pfund) sehr gut. Die Symphyse wurde mit dickem Katgut vereinigt; indessen rissen diese Nähte bei einem Lagewechsel der Pat. »mit lautem Knall« entzwei. Es wurde dann nur sehr fest bandagiert und die Symphyse heilte prompt und fest. — D. glaubt, daß sich die Operation auch sehr gut im Privathause machen lasse, und sie würde es verdienen, daß sie sich auch in den Kreisen der praktischen Ärzte mehr und mehr einbürgerte.

Zeiss (Erfurt).

12) W. H. Miller. Placenta praevia.

(Med. age 1902. Nr. 12.)

M. berichtet über 6 Fälle von Placenta praevia. Alle Mütter genasen. Seine Ausführungen über Ätiologie, Symptome und Diagnose bringen nichts Neues. Erwähnenswert ist nur, daß der Verf. für Fälle, in denen das Kind lebensfähig, die Placenta praevia eine vollständige oder teilweise, die Cervix rigid ist und der Fötus quer liegt, rät, der Pat. die Sectio caesarea vorzuschlagen. Er selbst hat diesen Vorschlag noch nicht zur Ausführung gebracht. Er erwähnt nur, daß das Vorgehen in einem seiner Fälle angezeigt gewesen wäre. Er wird für dasselbe kaum Anhänger finden. Graefe (Halle a/S.).

13) O. Beckmann. Zur Statistik und Therapie der Placenta praevia.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1902.

Verf. berichtet in einer sehr fleißigen Arbeit über 143 in der Leipziger Frauenklinik beobachtete Fälle von Placenta praevia. Auf 99,2 Geburten kommt ein Fall von Placenta praevia. In 26,8% war Insertio marginalis, in 47,2% Insertio lateralis, in 25,9% Insertio centralis. Die meisten Mütter befanden sich im Alter von 26—35 Jahren. Unter den 143 Fällen waren nur 19 Erstgebärende. In einem relativ hohen Verhältnis (23,8%) bestand Querlage. Mit der Größe des vorliegenden Placentarlappens wächst die Wahrscheinlichkeit einer vorzeitigen Unterbrechung proportional. Die Mortalität der Placenta praevia betrug 7,8%. Die am meisten angewandte Therapie war die Wendung nach Braxton Hicks; diese wird allen anderen Behandlungsmethoden vorgezogen, und zwar wird sie möglichst frühzeitig ausgeführt mit weiterem, grundsätzlich exspektativem Verhalten. Nach dem Material der Leipziger Frauenklinik ergibt sich, daß das souveräne Mittel in der Behandlung der Placenta praevia nach wie vor die kombinierte Wendung auf einen Fuß ist, die Metreuryse kann sie nicht verdrängen; diese kommt hauptsächlich zur Erweiterung des Muttermundes auf Durchgängigkeit für 2 Finger in Betracht, um die kombinierte Wendung zu ermöglichen. Die Verblutungsgefahr ist am geringsten bei der kombinierten Wendung. Einer Sepsis ist bei ihr leichter vorzubeugen. Die Extraktion darf wegen der Gefahr des Cervixrisses und der Verblutung unter keinen Umständen angeschlossen werden. Eine Indikation für den Kaiserschnitt stellt die Placenta praevia nicht dar.

Hohl (Bremerhaven).

14) **Kaswat** (Straßburg i/Pr.). **Ein Fall von Uterusruptur intra partum mit Netzvorfall durch Laparotomie geheilt.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 41.)

Verf. wurde zu einer 38jährigen Vpara mit plattem Becken gerufen wegen Blutung in der Nachgeburtsperiode 3 Stunden nach Geburt des Kindes. Bei der Untersuchung wird das Omentum, welches für Eihäute gehalten wird, vor die Vulva gezogen und ein Querriß oberhalb des vorderen Muttermundsaumes festgestellt. 3 Stunden später Laparotomie in Arbeiterwohnung, Abtragung des Netzes, Vereinigung der Risse, Naht der Bauchdecken. Am 5. Tage gegen den Willen des Operateurs Abführmittel. Da die Frau Leibschmerzen bekommt (angeblich wegen Verband), wird dieser vom Ehemann abgenommen. Wunde geht auf, vom Ehemann Verband angelegt. Trotz beschmutzter Wunde und peritonitischen Erscheinungen gelingt es später durch Sekundärnaht Heilung, zu erzielen.

Weisswange (Dresden).

15) **Mendel** (Essen). **Ein Fall von Uterusruptur intra partum ohne Operation geheilt.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 45.)

Verf. erlebte bei einer VIIgebärenden Arbeiterfrau bei leichter Wendung eines 7 Monate alten faultoten Fötus eine schwere Uterusruptur (Längsriß von der Mitte des Uterus bis in die Cervix), durch die eine Dünndarmschlinge bis vor die Vulva und auf unreine Bettwäsche fällt. Placenta muß aus der Bauchhöhle durch den Riß entfernt werden. Reposition der Darmschlinge. Tamponade des Uterus und der Scheide mit Jodoformgaze, die erst herbeigeholt werden muß. Eisblase auf den Leib. Vollständig normales Wochenbett ohne Fieber, keine Spur von Peritonitis. Spätere normale Schwangerschaften. Verf. empfiehlt für Privatpraxis bei ungünstigen äußeren Verhältnissen Tamponade und rät ab von Laparotomie.

Weisswange (Dresden).

16) **Wiener** (München). **Zwei weitere Fälle von Uterusruptur, operativ geheilt.**

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 42.)

Im Anschluß an seine frühere Arbeit[1] veröffentlicht W. zwei weitere von ihm operierte Fälle, deren Krankengeschichten im Original ausführlich wiedergegeben sind. Verf. ist auf Grund der günstigen Resultate, welche in der Münchener Univ.-Frauenklinik seit Einführung der Operation bei Uterusrupturen im Gegensatz zu der früher dort beobachteten konservativen Methode erzielt wurden, sowie auf Grund seiner eigenen Beobachtungen der Anschauung, daß dort wo Rupturen durch Köliotomie behandelt werden können, also in Orten, wo Kliniken sich befinden, diese vorzuziehen sei. Daß selbst längere Zeit nach Eintritt der Verletzung noch mit Erfolg operiert werden kann, beweist der eine Fall des Verf.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

17) **J. Veit** (Leiden). **Über die Bedeutung der Albuminurie bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta.**

(Separatabdruck aus »Herinneringsbundel Prof. Rosenstein«).

Auf Grund eines Zufallsbefundes seines Schülers Scholten, der nach dem Einbringen von Placentarteilen in die Bauchhöhle von Kaninchen die Entstehung von Albuminurie beobachtete, nimmt V. folgenden Circulus vitiosus an zur Erklärung vorzeitiger Placentarlösungen: Endometritis deciduae, Thrombenbildung in der Placenta, Aufnahme von Placentarteilen ins Blut, Albuminurie, retroplacentarer Bluterguß. Diese Erklärung gilt nur für die Schwangerschaftsniere; chro-

[1] Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 1. (Referat: Zentralblatt für Gynäkologie 1902. Nr. 19.)

nische Nephritis bestand in keinem der V.'schen Fälle; sie wird trotzdem nicht geleugnet, nur bleibt ihre Stellung zur vorzeitigen Placentarlösung noch unklar. V. stellt also als primäre Ursache der vorzeitigen Lösung eine Endometritis deciduae hin. Diese führt zur Aufnahme von Placentarteilen ins Blut mit Thrombosierung in der Placenta. Die Folge der Verschleppung der Zotten ist Schwangerschaftsniere, die der Thrombosierung die Blutung. **B. Besse** (Chemnitz).

18) **Charles** (Brüssel). **Nephritis, Spasmus der Gebärmutter, Dilatation und Basiothrypsie.**

(Journ. d'accouchement 1902. Nr. 29.)

22jährige Erstgebärende mit 1‰ Albumen, bekommt im 9. Schwangerschaftsmonat einen vollständigen Spasmus der Gebärmutter, der den Tod der Frucht zur Folge hat. Da Fieber und übelriechender Fruchtwasserabfluß eintritt, wird Dilatation mit anschließender Perforation vorgenommen, was nur mit großer Mühe gelingt. Die Placenta muß manuell gelöst werden. Sublimatausspülung des Uterus. Glatter Verlauf. Die Ursache des ungewöhnlichen Spasmus ist nicht anzugeben. **Weisswange** (Dresden).

19) **Kleinertz** (Stuttgart). **Kasuistischer Beitrag zur Inversio uteri.**

(Württemberg. med. Korrespondenzblatt 1902.)

Die vor 10 Tagen normal entbundene Frau fieberte seit mehreren Tagen. Die Hebamme hatte kurz nach der Ausstoßung des Kindes die Placenta durch starken Zug an der Nabelschnur »herausgerissen«, es war dadurch eine Inversion der vorderen Uteruswand entstanden, an welcher noch handtellergroße Nachgeburtsreste aufsaßen; starkes Ödem der äußeren Genitalien, mäßige Blutung. Die Repositionsversuche mittels Jodoformgaze führten erst nach längerer Zeit zum Ziele, als die Narkose angewendet und die adhärenten Placentarreste abgelöst worden waren. Noch länger andauerndes Fieber, sowie mehrfache Kollapsanfälle erschwerten die Heilung.

Anschließend an die Krankengeschichte folgt eine eingehende Besprechung der Inversio uteri, ihres Vorkommens, ihrer Entstehung, Prognose und Therapie. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

20) **Steffeck** (Berlin). **Ein neuer Vorschlag zur Behandlung des nachfolgenden Kopfes.**

(Deutsche med. Wochenschrift 1903. Nr. 3.)

Verf. empfiehlt, unzufrieden mit den Resultaten des Veit-Smellie'schen und Martin'schen Handgriffes bei Extraktion des nachfolgenden Kopfes von vornherein, ohne Rektifizierung der Kopfeinstellung, einfach durch bimanuelle Expression zu entwickeln. Sein Verfahren ist folgendes: Sobald das Kind spontan geboren ist bis zu den Schulterblättern, Umwandlung der Geradlage der Kreißenden in Querlage, Armlösung bei erhobenen Beinen. Dann Walcher's Hängelage und (zwischen den Beinen der Kreißenden stehend) Expressio capitis mit beiden Händen durch Druck von außen, direkt auf den Kopf in der Richtung nach hinten unten. Sobald der Kopf völlig ins Becken eingetreten ist, weitere Entwicklung desselben mit dem Veit-Smellie'schen Handgriff. Der Druck erfolgt mit beiden geballten Händen langsam und in kleinen Intervallen direkt auf den Kopf des Kindes nach hinten unten.

Die beigegebenen Krankengeschichten scheinen für den Vorteil dieser Methode zu sprechen, die große Zeitersparnis mit möglichster Vermeidung schwerer Asphyxien, vereint mit überraschender Leichtigkeit der Ausführung und Verminderung der Verletzungen des Kindes. **Weisswange** (Dresden).

21) **M. Schechner** (Znaim). **Beitrag zur künstlichen Lösung der Placenta.**

(Wiener med. Presse 1903. Nr. 1.)

S. empfiehlt für Fälle, wo die Orientierung im Uterus erschwert ist, die frei flottierenden Eihäute zwischen die eingeführten Finger zu nehmen und vor die

Portio zu ziehen; dann werden sie durch die zweite Hand leicht torquiert und herabgezogen, während von außen her der Uterus herabgedrängt wird. Nun ist es den in den Uterus eingeführten Fingern leicht, den Placentaransatz zu finden.

Keitler (Wien).

22) **M. Hofmeier** (Würzburg). Über die Behandlung der Placentar- und Eihautretention.

(Deutsche Ärztezeitung 1902. Hft. 15.)

H. betont von vornherein die Gefährlichkeit der manuellen Placentarlösung und fordert deswegen bestimmte Anzeigen für diesen Eingriff. Eine solche sieht er in dem Verlust einer Blutmenge von 1000—1500 g. Um den Blutverlust zu kontrollieren, rät er, wenn man vom Augenblick der Geburt anwesend ist, eine saubere Schüssel zum Auffangen des Blutes unter die äußeren Geschlechtsteile zu bringen. Ist dies nicht mehr möglich, so muß man sich nach dem Allgemeinzustand und nach dem, was man von dem abgegangenen Blute sieht, richten.

Eine weitere Anzeige zur manuellen Placentarlösung sieht H. dann gegeben, wenn der Credé'sche Handgriff energisch, nötigenfalls in Narkose vergeblich versucht worden ist und man 3—4 Stunden abgewartet hat. Sie darf aber nur nach gründlicher Desinfektion nicht nur der eigenen Hand, sondern auch der Entbundenen selbst ausgeführt werden.

Bei Retention des ganzen Chorion oder größerer Stücke desselben hält H. weitergehende Versuche oder gar intra-uterine Eingriffe zur Entfernung derselben nicht für geboten. Die etwa durch sie bedingten Störungen sind bedeutungslos. Begünstigen soll man die Zusammenziehung des Uterus durch reichliche Gaben Secale, etwaige Zersetzungserscheinungen der Scheidensekrete durch Scheidenausspülungen in Schranken halten. **Graefe** (Halle a/S.).

23) **F. A. Webb** (Calvert). Pathologische Zustände, welche Abort und Frühgeburt hervorrufen.

(Med. age 1902. Nr. 17.)

W. berichtet über 3 Fälle, in welchem es nach voraufgegangener Hydrorrhoe oder wiederholten Blutungen zum Abort kam bezw. dieser eingeleitet wurde. Über die pathologischen Zustände, welche vorlagen, ist nur in einem Falle gesagt, daß es sich um vorzeitige teilweise Lösung der Placenta gehandelt habe. Stets zog der Verf. andere Ärzte zur Konsultation zu und stets wurde von diesen ein abwartendes Verfahren empfohlen und auch befolgt, ohne aber den Abort bezw. die Frühgeburt definitiv zu verhindern. W. rät daher, in gleichen Fällen nicht lange zu zögern, sondern die Schwangerschaft zu unterbrechen.

Graefe (Halle a/S.).

24) **Dickinson** (Upper Fairmount). Sanduhrförmige Kontraktion des Uterus in der zweiten Geburtsperiode.

(St. Louis cour. of med. 1902. Juni.)

»Hour-glass contraction« des Uterus kann nicht nur die Geburt der Placenta verzögern, die spastische Striktur am inneren Muttermund kann auch in der zweiten Geburtsperiode auftreten und hier zum Geburtshindernis werden.

Der Verf. teilt einen solchen Fall mit, wo die spontane Geburt des zweiten Zwillings dadurch unmöglich wurde, daß sich der Uteruskörper fest um den Nacken der Frucht zusammenzog. Verf. glaubt, daß diese Anomalie öfter vorkomme, daß sie nur nie erkannt werde. **G. Frickhinger** (München).

25) **Commandeur.** Vier Fälle von Eklampsie durch Chloralhydrat geheilt.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 63.)

Die vier beschriebenen Fälle von Eklampsie wurden durch Chloralhydrat ohne Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt. Das Chloralhydrat wurde nach der

Vorschrift von Fochier verabreicht. Derselbe spült zuerst den Magen aus, um toxische Stoffe zu entfernen und Erbrechen zu verhindern. Als erste Dosis gibt er 2—4 g Chloralhydrat je 1 g in 100—150 g Flüssigkeit gelöst; dann als zweite und dritte Dosis einstündlich 1—2 g, dann einstündlich 1 g, bis tiefer Schlaf eintritt. Im ganzen gebraucht er 14 g in etwa 14 Stunden. Roch (Tier).

26) **Abrahams** (New York). **Aderlaß und Transfusion bei der puerperalen Eklampsie.**

(Med. news 1902. Mai 24.)

Verf. sieht in der Kombination dieser beiden Behandlungsmethoden das Heil für Eklamptische. Nach seiner Erfahrung bewirkt die Entziehung von 500—600 g Blut eine sofortige Veränderung selbst des schwersten Zustandes der Pat. Die Cyanose des Gesichts verschwindet, der Puls wird weicher, das Koma — wenn auch noch so tief — verschwindet, »und zwar sicher«. Die Einverleibung der Kochsalzlösung hebt den Puls, bewirkt Schweißausbruch und Harnabscheidung, sowie großen Durst, welchem die aus dem Koma erwachte Pat. nachgibt. Es ist eben ein Teil des giftigen Blutes entfernt und das zurückbleibende Gift durch die Kochsalzlösung verdünnt. Dies ist die Bouchard'sche Hypothese, auf welche sich da der Verf. stützt.

Bei vollblütigen Personen kann die Infusion, bei heruntergekommenen, schwächlichen Pat. soll die Transfusion angewendet werden.

G. Frickhinger (München).

27) **Davis** (Philadelphia). **Hydramnion. Seine Differentialdiagnose und Behandlung.**

(Philadelphia med. journ. 1902. Mai 17.)

Die Ätiologie des Hydramnion ist eine noch nicht geklärte. Der Verf. weist besonders auf die Behauptung von Balantyne hin, daß das Gewichtsverhältnis vom Fruchtwasser zur Frucht oder der Placenta bei Hydramnion das gleiche ist, wie es normalerweise in den frühen Stadien der Schwangerschaft zu sein pflegt. Der Verf. meint, daß das Zustandekommen des Hydramnion durch eine Theorie allein nicht erklärt werden kann.

Die Diagnose bezw. Differentialdiagnose gestaltet sich manchmal sehr schwer. Den schwangeren Zustand vermag man meist nur aus den Zeichen, die von der Mutter ausgehen, zu konstatieren, und die Unterscheidung von Ascites, von einem Ovarialtumor, von Blasenmole, von einem abnorm großen Kind etc. ist fast unmöglich. Vor zwei häufig benannten Merkmalen, nämlich abnorme Prallheit der Eihäute und frühzeitiger Aufbrauch des Cervicalkanals warnt der Verf. Dieselben fehlen oft gänzlich.

Die Behandlung, die Verf. beschreibt, weicht in keinem wesentlichen Punkte von der allgemein üblichen ab. G. Frickhinger (München).

28) **J. Moran** (New York). **Die Leitung der normalen Geburt.**

(New York med. journ. 1902. Mai 31.)

Es ist immer interessant, die Anschauungen eines erfahrenen Geburtshelfers über die Leitung der normalen Geburt zu hören, auch wenn sie nicht in allen Punkten mit unserem Verhalten übereinstimmen. Der Verf. gibt zu, daß er bis vor wenigen Jahren sich meist mehr passiv verhalten hat, seit dieser Zeit wendet er aber — durch einige Fieberanfälle in seiner Privatpraxis gewarnt — bei jeder Gebärenden, die seinen Rat sucht, die minutiöseste Sorgfalt an. Dieselbe erstreckt sich in erster Linie auf Maßnahmen bezüglich der äußeren Verhältnisse der Kreißenden, Umgebung, Zimmer, Bett etc.

Bei Schwangeren, die ihn konsultieren, untersucht er vom 8. Monat ab jede Woche den Urin, gibt häufige oder tägliche Bäder, regelt die Diät — offenbar in Prochownick'schem Sinne.

Vaginale Ausspülungen werden unter der Geburt nur bei besonderen Indikationen gegeben. Immer führt er Instrumente zur event. Tamponade nach der Geburt bei sich. Bei abnorm schmerzhaften Wehen gibt er Chloral, jede halbe Stunde bis zu 3 oder 4 g. Chinin und Strychnin hält er für besser als Ergotin zur Erzeugung von Uteruskontraktionen, da sie die Gefahren des letzteren nicht in sich tragen. Auch Morphium wendet er gern an. Beim Durchtritt des Kopfes durch die äußeren Genitalien wird Chloroform gegeben. Bei Verzögerung der Geburt und Nachlassen der Wehen hält es Verf. für richtiger, bald die Zange anzulegen. Nach der Geburt sollen Vagina und Cervix genau inspiziert werden, um eventuell Risse zu vereinigen. 2 Stunden nach der Geburt soll das Kind zum ersten Male angelegt werden, nach dem zweiten Tage soll von der Mutter häufig Bauchlage eingenommen werden. So lange stark blutige Lochien vorhanden sind, soll die Wöchnerin im Bett bleiben. **G. Frickhinger** (München).

29) **Van der Linden** (Lüttich). Lithopädion.

(Journ. d'accouchement 1902. Nr. 38.)

Verf. fand bei einer Frau, bei der ein Ovarialtumor diagnostiziert war, ein fast dem Ende der Schwangerschaft entsprechendes Lithopädion, das von der Frau fast 22 Jahre getragen worden war. Dasselbe war durch Tubenruptur in die Bauchhöhle getreten und hatte sich dort weiter entwickelt. Die Trägerin war vor 22 Jahren wegen Abort behandelt worden, ohne daß damals die Frucht gefunden worden war; Trägerin hatte die ganze Zeit über sich guter Gesundheit erfreut. **Weisswange** (Dresden).

30) **Lepage und Lorier** (Lille). Allgemeine Anästhesie in der Geburtshilfe durch reines Chloräthyl.

(Journ. d'accouchement 1902. Nr. 29.)

Verff. empfehlen warm bei kurzdauernden Operationen (Darmnaht, Zange), wenn Anästhesie erwünscht, Chloroform- oder Äthernarkose verweigert wird, allgemeine Anästhesie durch einmaliges Aufgießen von 10 ccm Chloräthyl auf die Maske. In wenigen Sekunden tritt 3—4 Minuten dauernde Anästhesie ein. Vorzüge: 1) leichte Anwendungsweise, immer gleiche Dosis des Anästhetikums, 2) schnelles Erwachen ohne Kopfschmerzen und Erbrechen. **Weisswange** (Dresden).

31) **J. Auderbert.** Einfluß der subarachnoidealen Cocaineinspritzungen auf die Kontraktilität des Uterus.

Toulouse, **M. Cléder,** 1902.

Verf. hat Versuche über den Einfluß subarachnoidealer Cocaineinspritzungen auf die Kontraktilität des Uterus an schwangeren Kaninchen, Schafen, Ziegen, Kühen, Hündinnen gemacht und kommt auf Grund von 15 Versuchen zu folgendem Resultat:

1) Die Einspritzungen scheinen keinen merklichen Einfluß auf die Kontraktilität des Uterus auszuüben. Jedenfalls bilden sie kein Mittel, die Geburt hervorzurufen.

2) Sie scheinen den normalen Verlauf der Schwangerschaft nicht zu stören. Die Schwangerschaft bildet keine Kontraindikation gegen diese Einspritzungen bei chirurgischen Eingriffen. **Hohl** (Bremerhaven).

32) **Guisoni.** Über subarachnoideale Injektion von Cocain in der Geburtshilfe.

Thèse de Lyon, **Rey,** 1902.

Die Wirkung der subarachnoidealen Injektion von Cocain auf die Steigerung der Wehentätigkeit ist nach Ansicht des Verf. eine unsichere; er rät deshalb, um Mißerfolg vorzubeugen, davon ab. Das Cocain bewirkt nur eine schnell vorübergehende Analgesie. Es ist deshalb bei länger dauernden und sehr schmerzhaften

Geburten nicht angebracht, da die schmerzstillende Wirkung zu kurz ist. Das Chloroform wirkt hier bedeutend besser, läßt sich leichter anwenden, ist weniger gefährlich und kann deshalb durch das Cocain nicht ersetzt werden.

Rech (Trier).

33) **Gagnol.** Über den therapeutischen Wert der subarachnoidealen Injektion von Cocain und Chinin.

Thèse de Lyon, **Legendre,** 1902.

Die subarachnoidealen Injektionen von Cocain oder Chinin bei lokalisierten Schmerzen im Abdomen, dem Becken und den unteren Extremitäten sind nicht nur gestattet, sondern durchaus angezeigt. Die Injektionen wirken lokal auf die Rückenmarksnerven, indem sie dieselben durch medikamentöse Imprägnation gleichsam ausschalten. Das Cocain hat eine diffusere Wirkung und soll deshalb hauptsächlich bei Schmerzen im Abdomen und den unteren Extremitäten angewandt werden. Zu beachten ist, daß seine Wirkung nur eine vorübergehende ist. Liegen die schmerzhaften Nervenbahnen höher, so sind die Injektionen ohne jede Wirkung. Bei Schmerzen im Becken sind Injektionen von Chinin vorzuziehen wegen besser und länger anhaltender Wirkung. Ab und zu treten nach den Injektionen Kopfschmerzen, Übelkeit und Kollapserscheinungen auf. Die Wirkung der Cocaininjektion tritt sehr schnell ein und kann dieselbe, in zu großen Dosen angewandt, bedrohliche Erscheinungen machen. Das Chinin hat den Nachteil, daß es sowohl die sensiblen wie motorischen Nerven paralysiert. Unangenehm macht sich diese Wirkung oft durch länger andauernde Paralyse der Sphinkteren bemerkbar.

Rech (Trier).

34) **Stowe.** Ein Fall von Tracheotomie wegen Asphyxie des Fötus bei Steißlage.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 10.)

Nach Extraktion des Rumpfes bei einer 31jährigen IIpara mit Steißlage stieß Verf. auf Schwierigkeiten bei der Entwicklung des Kopfes. Da infolge der Asphyxie das Kind abzusterben drohte, machte er nach schneller Desinfektion des Operationsfeldes eine lineäre Inzision durch den Ringknorpel und die beiden ersten Trachealringe und führte einen mit einem Gummiballon versehenen Gummikatheter in die Luftröhre ein. Vermittels Einblasen von reiner Luft durch den Katheter und Kompression des Thorax, gelang es die Asphyxie zu heben und spontane Atmungsbewegungen zu erzielen. Der nachfolgende Kopf wurde dann mit der Zange extrahiert. Die Operationswunde wurde 5 Stunden post partum geschlossen. Dieselbe heilte primär.

Rech (Trier).

35) **Petsalis.** Über die Ursache der Retention der Eihäute.

(Presse méd. 1902. Nr. 9.)

Gestützt auf mehrere persönliche Beobachtungen ist Verf. der Meinung, daß die Retention der Eihäute durch narbige Verwachsungen bedingt werden, welche infolge von mehr oder weniger großen Ablösungen der Eihäute während der Schwangerschaft entstehen. Diese Ablösungen entstehen hauptsächlich infolge von Metritis, Endometritis, Traumen und pathologischen Veränderungen des Chorions, welche sich durch Blutungen meistens im 3.—5. Monat der Schwangerschaft bemerkbar machen. Diese Ansicht und Erklärung hat ein großes Interesse, da bis jetzt fast jede Blutung auf eine Degeneration des Eies oder fehlerhafte Insertion der Placenta zurückgeführt wurde.

Rech (Trier).

36) **C. Bloebaum.** Über Kranioklasie.

Inaug.-Diss., Bonn, 1902.

Verf. berichtet über die in den Jahren 1893—1901 in der Bonner Klinik ausgeführten Kranioklasien. Dieselbe wurde in 1,33% aller Entbindungen ausgeführt.

Die meisten Kranioklasien waren durch enge Becken indiziert. In 4 von 56 Fällen wurde die Wendung und Perforation des nachfolgenden Kopfes notwendig. Am lebenden Kind wurde die Perforation nur bei engem Becken gemacht. Von den Müttern starben 13 = 23%. Diese hohe Mortalität hat ihren Grund darin, daß die Mütter sich bereits in einem solchem Zustand befanden, daß sie auch ohne den Eingriff gestorben wären und somit die Perforation nur ein Versuch zur Rettung der Mutter war. Von den übrigen hatten 34 ein normales Wochenbett, 4 einige Tage Fieber, je eine hatte Cystitis, Ikterus, Nephritis, Pelveoperitonitis, Parametritis. **Hohl** (Bremerhaven).

37) **K. Wilcke.** Das Geburtsgewicht der Kinder bei engem Becken.
Inaug.-Diss., Halle, 1902.

Die Untersuchungen über das Geburtsgewicht der Kinder bei engem Becken, die Verf. an dem Material der kgl. Universitäts-Frauenklinik vorgenommen, ergaben folgendes Resultat: 1) Beim engen Becken findet sich ein geringeres Durchschnittsgewicht für neugeborene reife Kinder, als bei normalem Becken. 2) Eine längere Schwangerschaftsdauer findet sich beim engen Becken nicht. 3) Beim engen Becken ist das Durchschnittsgewicht der Kinder bei Mehrgebärenden größer als bei Erstgebärenden. **R. Biermer** (Wiesbaden).

38) **G. Vaeth.** Über den Geburtsverlauf bei Rückenmarkserkrankungen und Rückenmarksverletzungen.
Inaug.-Diss., Marburg, 1901.

Verf. stellt alle Fälle von Geburten bei bestehender Rückenmarkserkrankung oder Verletzung desselben zusammen, um den Einfluß des Spinalnervensystem auf die Wehentätigkeit des Uterus und in Abhängigkeit davon den Geburtsverlauf selbst eingehend kritisch zu beleuchten. Die in der Literatur verstreuten Berichte hierher gehöriger Beobachtungen werden noch durch drei weitere Fälle aus der Marburger Klinik bereichert. Die sehr fleißige Arbeit bietet viel Interessantes. Erwähnt seien hier nur die Schlußfolgerungen, zu denen Verf. auf Grund seiner Untersuchungen gelangt:

1) Eine Erkrankung oder Verletzung des Rückenmarkes vermag für gewöhnlich weder eine Verzögerung, noch viel weniger eine völlige Behinderung des Geburtsvorganges herbeizuführen, da der Uterus, losgelöst von allen seinen Verbindungen, mit dem cerebrospinalen Nervensystem die Geburt allein beendet.

2) Der Geburtsverlauf scheint im Gegenteil durch Wegfall des hemmenden Einflußes des Rückenmarkes schneller vor sich zu gehen.

3) Die anatomische Verbindung des Uterus mit dem Rückenmark bedingt physiologisch nicht die Regelmäßigkeit, sondern die Zweckmäßigkeit der Gebärmutteraktion.

4) Nur spinale Erkrankungen, die eine Herabminderung der motorischen Leistungsfähigkeit der Bauchpresse im Gefolge haben, können gelegentlich einmal Verzögerung des Geburtsverlaufes bewirken, eben durch den Ausfall dieses einen Faktors der austreibenden Kräfte, niemals aber ein Nichtzustandekommen der Geburt.

5) Auch durch sog. Chokwirkung kann in seltenen Fällen der Geburtsverlauf verzögert werden, aber so, daß nach Ablauf des Choks die Geburt doch noch beendet wird.

6) Eine Rückenmarksaffektion macht sich in der Regel nur auf sensiblem Gebiete bemerkbar, insofern als die Wehenschmerzen abgestumpft oder überhaupt völlig aufgehoben werden. Eine Abstumpfung der Schmerzempfindung findet sich häufig bei Tabes dorsalis, eine völlige Aufhebung bei totaler Leistungsunfähigkeit der Markes in seinen oberen und obersten Partien.

R. Biermer (Wiesbaden).

Verschiedenes.

39) **F. Burgio** (Neapel). **Angioma capillare der Vulva, mit beginnender Amyloidentartung.**

(Arch. di ost. e gin. 1902. Mai.)

Ein Fall von Kapillarangiom der Vulva (angeblich erst der dritte in der Literatur). Haselnußgroßer, derbelastischer Tumor an der rechten großen Schamlippe einer 39jährigen Frau; die Geschwulst hatte im Verlauf von etwa $1\frac{1}{2}$ Monaten sich bis zu dieser Größe entwickelt. Die histologische Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab ein typisches Angioma capillare; das Bindegewebe und die Wandung der größeren Gefäße zeigten teilweise amyloide Degeneration.

H. Bartsch (Heidelberg).

40) **A. Pinna Pintor** (Turin). **Über die chirurgische Behandlung der Retrodeviationen, speziell die Vaginofixation nach Dührssen.**

(S.-A. aus d. Giorn. di gin. e di ped. Nr. 8. Turin 1902.)

Kurze Übersicht über die pathologische Bedeutung der Retroflexio und über die verschiedenen Behandlungsmethoden, besonders die chirurgischen. Die Rückwärtslagerung der Gebärmutter soll nur dann Gegenstand einer direkten Behandlung sein, wenn Beschwerden vorhanden sind und wenn diese Beschwerden auf die Lageveränderung an sich zurückzuführen sind. Verf. bespricht besonders eingehend die Vaginofixation, und teilt drei mit gutem Erfolg operierte Fälle mit.

H. Bartsch (Heidelberg).

41) **G. Perondi** (Pescia). **Ein Fall von Hernie des rudimentären Uterus.**

(S.-A. aus d. Clin. moderna 1902.)

Kasuistische Mitteilung. 17jähriges Mädchen, etwas schwachsinnig, mit rechtsseitiger Leistenhernie. Vagina endigt blind. Bei der Operation zeigte sich als Inhalt des Bruchsackes eine fleischige Masse, die bei näherem Zusehen als der rudimentäre Uterus (Länge des Cavum $2\frac{1}{2}$—3 cm) erkannt wurde; die linksseitigen Adnexe fehlten. Das rechte Ligamentum rotund. war verkürzt, und dieser Umstand ist wohl ätiologisch von Bedeutung. — Verf. hat nur zwei ähnliche Fälle in der Literatur finden können. **H. Bartsch** (Heidelberg).

42) **J. Neumann** (Wien). **Über die rektale Untersuchung in der Gynäkologie.**

(Klinisch-therapeut. Wochenschrift 1902. Nr. 49.)

In Form eines Vortrages bespricht der Verf. die Indikationen und Technik der rektalen Untersuchungsmethode im allgemeinen; speziell wird der Wert derselben bei der Diagnose von entzündlichen Erkrankungen des inneren Genitales, im Wochenbett, beim Uteruskrebs und Erkrankungen des Septum rectovaginale hervorgehoben. Die rektale Untersuchung bringt auch gelegentlich Überraschungen mit sich, insofern man dabei unvermutet Erkrankungen des Mastdarmes findet. Es gibt ferner Erkrankungen des Beckenzellgewebes, die nicht vom Genitale ausgehen und deren Natur ausschließlich durch die rektale Untersuchung erkannt werden kann. Manche rätselhafte Fälle von Kreuzschmerz beruhen auf periproktitischen Erkrankungen, die aus geringfügigen Ulcerationen im Rektum entstehen.

Keitler (Wien).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 24. Sonnabend, den 13. Juni. 1903.

Inhalt.

I.

Über einige wesentliche Grundsätze bei Dammschutz und Expression.

Von

R. Freiherrn v. Budberg-Bönninghausen in Dorpat.

Trotz aller Reichhaltigkeit der Literatur über den im Titel angedeuteten Gegenstand sind wir noch nicht imstande, durch unser Zutun den Damm vor Läsionen bei der Geburt zu bewahren. Noch immer werden in den Lehrbüchern unter den Schutzmitteln, die der Erhaltung des Dammes dienen sollen, Inzisionen empfohlen, willkürliche Verletzungen, die unwillkürlichen vorbeugen sollen! Das charakterisiert nur zu sehr den unbefriedigenden Stand der Frage. Auch scheint es fast, als wenn ein großer Teil der Ärzte die Bedeutung der Dammrisse sehr niedrig stellt, sehen wir doch oft Zangen-

operationen ohne alle triftige Indikationen ausüben. Es sei hier an den Ausspruch Olshausen's[1] erinnert: »Die Erhaltung des Dammes bei der physiologischen Geburt ist eine der Hauptaufgaben, ja geradezu die wichtigste der ärztlichen Kunst«.

Hübsch und nicht übertrieben ist der Vergleich Chally Honoré's[2], der den Damm mit einem Spinngewebe vergleicht, an das einerseits das moralische Fortkommen der Frau sich knüpft, andererseits die »moralische und physische Existenz des Geburtshelfers«.

Über den Nutzen eines Dammschutzes sind und waren die Ansichten stets sehr geteilt. Scanzoni[3] wandte den Dammschutz nur aus traditionellen Rücksichten an und um den Schmerz zu lindern. Meriman und Barlow dagegen behaupteten, sie seien stets imstande, einen Dammriß zu verhüten.

Zu dem Begriff eines Dammschutzes gehören nicht nur gewisse Manipulationen, die der Erhaltung des Dammes dienen sollen, vielmehr gehört noch dazu die Berücksichtigung aller Momente, die der Erreichung dieses Zieles dienlich sein können, wie Lagerung der Frau, Regelung ihres willkürlichen Mitwirkens beim Durchtritt des Kindes und alle anderen Faktoren, die den Mechanismus der Geburt zu beeinflussen imstande sind.

In den wesentlichsten Prinzipien, die der Erhaltung des Dammes dienen, ist unter den Geburtshelfern völlige Einigung erzielt. So soll der durchtretende Teil mit dem kleinsten Umfange passieren; die Vorwärtsbewegung sei eine möglichst gleichmäßige, jedes ruckweise Vorschreiten droht dem Damme, ihn zu lädieren. Trotz dieser Übereinstimmung sehen wir doch häufig Manipulationen empfehlen, die den erwähnten Grundsätzen zuwiderlaufen; es sei hier nur an das sog. Herausheben des bis etwa an die Tubera parietalis geborenen Hinterhauptes durch Druck gegen die Stirn des Kindes nach oben hin gedacht, um das Kinn über den Damm zu bringen; hierbei sind es doch nicht gerade die kleinsten Durchmesser des Kopfes, die zur Geltung gebracht werden (nicht der naturgemäße fronto-occipitale, sondern der mento-occipitale). Für gewöhnlich vermag kein gegen den austretenden Teil wirkender Druck oder Zug, der ihn in eine bestimmte Richtung zu zwingen bestrebt ist, so vollständig die Einstellung der günstigsten Umfänge zu bewirken, wie dieses die natürliche vis a tergo und die sich ihr entgegensetzenden Widerstände am Beckenboden tun.

Ein von mir seit Jahren an mehr als 2000 Fällen geübtes Verfahren, das strenge Rücksicht nimmt auf die erwähnten Hauptprinzipien des Dammschutzes, erscheint mir einer Veröffentlichung würdig zu sein. Das Verfahren sucht nach Möglichkeit die natürlichen Kräfte wirken zu lassen und nur wo diese zu wenig ausgiebig sind, ihrem Charakter angepaßt, zu unterstützen. Es unterscheidet

---

[1] Sammlung klin. Vorträge Nr. 44. Leipzig, Breitkopf u. Härtel.

[2] Traité pratique de l'art des accouchements 1853. p. 515.

[3] Lehrbuch der Geburtshilfe 1855. p. 249.

sich von den bisher üblichen Dammschutzverfahren im wesentlichen dadurch, daß es verbunden mit einer jederzeit möglichen Pression die vis a tergo rationell zu unterstützen vermag, keiner Assistenz bedarf und den Geburtshelfer im wichtigsten Moment der Geburt des Kindes mehr Herr der Situation sein läßt als bei anderen Verfahren. Nur in Rückenlage der Frau läßt sich dasselbe ausüben, mit welcher die Seitenlage wenigstens bei spontaner Geburt nicht konkurrieren dürfte.

Es ist bedauerlich, ja unverständlich, daß heutzutage noch viele Lehrbücher für die Seitenlage eintreten. Aus wohl nur scheinbaren Vorteilen für Erhaltung des Dammes begeben sich die Anhänger der Seitenlage während der gefahrvollsten Periode der Geburt, also während des Durchtrittes des Kindes durch die Vulva, völlig der Situation. Nur die wenigen hier anzuführenden Gründe dürften genügen, um den Empfang in Seitenlage bei spontaner Geburt ganz zu verwerfen.

1) Jede Kontrolle über die kindlichen Herztöne fehlt.
2) Weder kann im Notfalle eine Expression des Kindes oder eine kräftige Bauchpresse während der Wehe die Ausstoßung beschleunigen, noch läßt sich in der Wehenpause der Kopf nach Ritgen ausführen.
3) Die Gefahr der Zerrung am Nabelstrang ist groß.
4) Durch Aspiration von Luft und Inhalt der Scheide kommt es häufiger als angenommen zu Luftembolie, Infektion, Thrombophlebitis etc.

Bei einiger Kritik wird ein jeder Anhänger der Seitenlage auf Grund eigener Erfahrung uns den Tod manchen Kindes, dem in Rückenlage der Frau zu helfen gewesen wäre, und andere Mißgeschicke als Folgen der Seitenlage bestätigen.

Das zu schildernde Verfahren setzt sich aus drei zu einem Ganzen harmonisch zu verbindenden Teilen zusammen, und zwar sind im wesentlichen zu unterscheiden:

1) *Ein beständig unterhaltener Kontakt zwischen Kind, Uterus und Unterarm des Geburtshelfers.*
2) *Vibrierende und leicht rotierende Erschütterungen, die, vom Unterarm und der Hand ausgehend, sich über Wirbelsäule und austretenden Kindesteil erstrecken.*
3) *Ein Dammschutzverfahren im engeren Sinne, das im wesentlichen der von Mekerttschiantz*[4] *beschriebenen Methode folgt.*

Das Verfahren selbst, zunächst für die gewöhnliche Hinterhauptslage geltend, wird wie folgt ausgeübt:

Die Kreißende befinde sich nahe und parallel dem rechten Bettende in bequemer Rückenlage, mit wenig erhöhtem, aber gut gestütztem Oberkörper. Die Oberschenkel sind mäßig angezogen, etwa im rechten Winkel zum Oberkörper, so daß der Damm dabei nicht gespannt wird. Die Beine sollen nur mäßig gespreizt sein, der Abstand der Condyl. intern. übersteige nicht 34—38 cm (cf. Mekerttschiantz[4]). Das Kreuz ist durch eine Unterlage soweit erhöht, daß der Damm freiliegt und völlig übersehbar ist. Zu bequemerer Stütze der Füße wird eine Rolle oder sonst ein fester Gegenstand gegen die Plantae gelegt, so daß diese auch in mäßiger Adduktionsstellung

[4] Archiv für Gynäkologie 1884 Bd. XXII und 1886 Bd. XXVIII. p. 502.

sich befinden. (Die starke Streckung der Füße leistet den oft so qualvollen Wadenkrämpfen mancher Gebärenden Vorschub.)

Die Position ist also eine solche, in der nötigenfalls eine kräftige Bauchpresse angewandt werden kann. Mit den Händen hält die Kreißende zweckmäßig den ihr gebotenen Arm oder die Hände einer der Angehörigen, ein festes Zufassen dabei erhöht die Toleranz beim Ertragen von Schmerzen und beugt störenden Eingriffen ihrerseits vor.

Der Geburtshelfer stellt sich rechts von der Kreißenden hin, wobei sein linker Unterarm in ganzer Ausdehnung dem Leibe der Frau resp. dem Uterus aufliegt, event. denselben zur Mittellinie hindrängend, in ausgiebiger und paralleler Berührung mit dem Rücken des Kindes, wobei der Ellbogen den Fundus uteri und Steiß des Kindes erreicht, während die zugehörige Hand das austretende Kopfsegment von oben her, anfangs mit zwei, später beim Hervortreten größerer Segmente, nach und nach mit mehr Fingern kreisförmig umfaßt. Jedes willkürliche oder plötzliche Vorschnellen des Kopfes soll und läßt sich in dieser Lage völlig ausschließen. Je nach dem Benehmen der Frau, ob sie zu wenig mitpreßt, und je nach dem Vorrücken des austretenden Teiles, wird der auf letzterem lastende Druck der Finger und noch mehr der des Unterarmes auf den Uterus und den Steiß und Rücken des Kindes sich zu richten haben. Die gekrümmten Finger der linken Hand befinden sich mit ihren Spitzen immer in der Peripherie des austretenden Teiles, also stets in der Nähe der Labien, bestrebt, durch Umfassen eines stets größeren Kopfsegmentes an Halt zu gewinnen. Der kleine Finger findet bis zuletzt kaum eine Verwendung, die Hauptarbeit fällt den am stärksten antiponierten Fingern I und IV zu. Je größere Segmente des Kopfes hervortreten, desto mehr Halt gewinnen natürlich die Finger, kurze vibrierende und zugleich leicht schraubenförmige Bewegungen von rechts nach links und umgekehrt fördern mit gleichmäßig auf den Rücken des Kindes durch den Unterarm ausgeübten Druck das, ich möchte sagen »ruhig fließende« Vorrücken des Kopfes. Diese vibrierenden, tremorartigen Bewegungen lassen sich auslösen durch starke Anspannung der gesamten Armmuskeln und gewinnen durch einige Übung bedeutend an Ausgiebigkeit.

Durchaus nicht erst, wenn bereits die Parietalis ins Einschneiden kamen, zeigt sich die Wirksamkeit dieser leichten, schon früh ausführbaren Erschütterungen, die auch der gesteiften Wirbelsäule des Kindes sich mitteilen, verbunden mit dem nach Bedarf während der Wehe gesteigerten Druck auf Steiß und Rücken des Kindes. Ferner werden wir, je nach dem Fortschreiten der Arbeit, die Kreißende durch die Bauchpresse mithelfen lassen oder sie durch schnelles Atmen mit geöffnetem Munde von zu heftigem Mitpressen abhalten. Nicht selten ist es mir bei dieser Methode gelungen, auch ohne Wehentätigkeit, wohl aber mit Hilfe kräftiger Bauchpresse die Geburt gleichmäßig und glücklich zu Ende zu führen. Gleich hier sei bemerkt, daß ein

kräftiger Druck gegen den Bauch der Frau von dieser gerade während der Wehe und während sie selbst mitpreßt, gar nicht gespürt wird, es sei denn, was natürlich zu vermeiden ist, daß sie besonders darauf aufmerksam gemacht würde.

Der Druck des Unterarmes gegen das Abdomen der Frau ist der Wehe angemessen zu steigern und für gewöhnlich, wenn wir nicht gerade mit dem Schluß der Wehe die Geburt beenden wollen oder müssen, mit ihr abklingend herabzusetzen. Bei Berücksichtigung dieser Regel wird die Frau das kräftige Mitwirken unseres Unterarmes gar nicht bemerken und nicht gegen das ihr vielleicht roh erscheinende Verfahren Protest erheben. Auch glaube ich recht beobachtet zu haben, daß ein derartiger, mit dem ganzen Unteram in der Längsachse des Uterus auf den Rücken des Kindes ausgeübter Druck zur Expression desselben weniger störend auf dieses wirkt, als der durch Umgreifen und starkes Herabdrängen des Fundus uteri, was sich an den im ersten Falle durch die Pression weniger alterierten Herztönen des Kindes zeigt. Es würde zu weit führen, hier ausführlicher auf diese Frage einzugehen, es möge hier nur auf die Dislozierung des Uterus nach unten ins Becken hin und den bekannten Einflüssen auf die Circulation verwiesen werden, sowie darauf, daß beim Kristeller'schen Handgriff ausgiebigere Gefäßgebiete komprimiert werden, ja auch die Placenta leichter in Mitleidenschaft gezogen wird. Auch mag die starke Kyphose, in die dabei das Kind gezwungen wird, die Circulation nicht unwesentlich behindern. Doch auch in seiner Wirksamkeit entspricht das geschilderte Expressionsverfahren mehr dem Mechanismus der Geburt, als der Druck gegen den Steiß des Kindes. Ein Blick auf beigefügte Schemata dürfte dieses veranschaulichen:

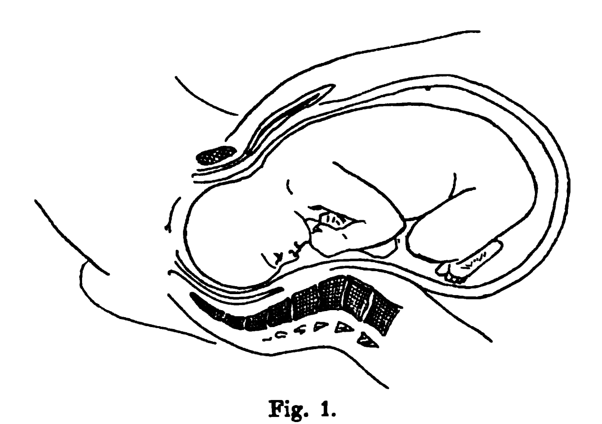


Fig. 1.

Fig. 1 zeigt uns das Kind in kyphotischer Krümmung infolge der vom Beckenboden sich ihm entgegenstellenden Widerstände und der am stärksten auf das Beckenende der Frucht wirkenden Triebkräfte des Uterus. Ein Druck gegen den Steiß würde in erster Linie

diese Kyphose steigern, d. h. unnötige Kraft verbrauchen und den Kopf noch stärker gegen das Steißbein und den Damm treiben. Bei dem mit dem Unterarm auf die Wirbelsäule in ihrer ganzen Länge ausgeübten Druck wird die Kyphose ausgeglichen und durch Geradestellung dieser festen Achse gewinnen die austreibenden Kräfte bedeutend an Angriffspunkten, der Kopf wird sich in der Richtung des geringsten Widerstandes und der namentlich auf die Wirbelsäule wirkenden und sich auch auf ihn direkt fortsetzenden Triebkräften folgend unter den Schambogenwinkel begeben und ihn genügend ausnutzen.

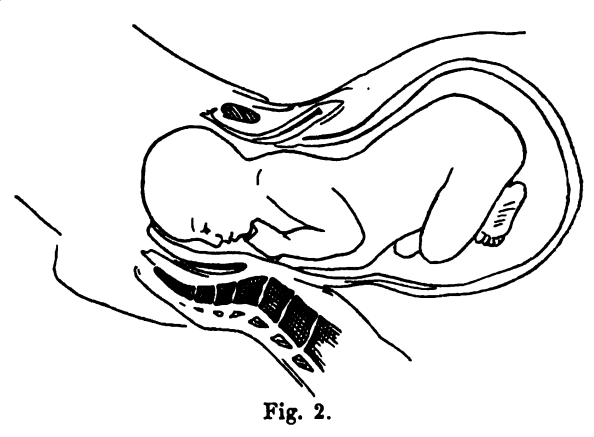


Fig. 2.

Fig. 2 stellt uns eine weitere Phase der Austreibung dar, der Kopf ist bereits im Einschneiden und beginnt sich von der Brust zu entfernen, die Wirbelsäule hat sich lordotisch gekrümmt, der Druck mit dem Unterarm gegen den Rücken des Kindes gleicht diese Lordose aus, schafft somit auch hier bessere Angriffspunkte für die austreibenden Kräfte. Die nun schon ausführbaren vibrierenden Erschütterungen, die sich dem austretenden Kopfsegment mitteilen, helfen langsam aber stetig alle weiteren Widerstände überwinden, ohne daß sie jemals durch zu große Exkursionen die Spannung des Dammes vermehren dürfen. In beiden Fällen, sowohl der kyphotischen als auch der lordotischen Krümmung der Wirbelsäule, wird der Druck des Unterarmes dort am stärksten sein, wo die kindlichen Teile nach vorn hin der vis a tergo am meisten ausweichen. Im übrigen können wir diesen Druck, entsprechend seiner sichtbaren und fühlbaren Wirkung, beliebig modifizieren, der Ellbogen, der bis ans Beckenende des Kindes reicht, kann hier direkt die vis a tergo steigern, oder aber der ganze Unterarm nach Wunsch mehr die Wirbelsäule der Frucht geradestellen und steifen.

Die rechte Hand ist inzwischen keineswegs untätig. Sobald der Damm sich vorzuwölben beginnt, gespannt ist und die linke Hand durch die vibrierenden Bewegungen das Vorwärtsschreiten des Kopfes zu fördern beginnt, wird dieser mit dem ihn umspannenden Damm

von der rechten Hand so umfaßt, daß der Daumen einerseits, die übrigen Finger andererseits querüber und außen von dem unteren Teil der Lab. majora zu liegen kommen, die hintere Kommissur soll dabei freiliegen über der Bogenlinie zwischen Daumen und Zeigefinger; beim Annähern von Daumen, Daumenballen einerseits und der übrigen Finger andererseits wird hierbei durch Verschieben der Haut zur Mittellinie des Dammes hin dieser entspannt, ein Verfahren, wie es bereits im 18. Jahrhundert von Puzos[5] empfohlen, später von Mekerttschiantz[6] ausführlich beschrieben worden ist. Mit Zunahme der Spannung des Dammes wird dieses Verschieben der Haut von der Seite her ein ausgiebigeres werden. Eine ausgiebige Ausnutzung des Schambogenwinkels wird durch den dabei auf den Kopf des Kindes beiderseits wirkenden Druck, vornehmlich der Fingerspitzen, gefördert. Ein Heraushebeln des Kopfes ist nie erforderlich und stets zu unterlassen, erst wenn das Hinterhaupt vollständig unter dem Schambogenwinkel erschienen ist, können Finger II und III, deren Spitzen nunmehr auf oder nahe der Stirn liegen, einen geringen Zug nach oben hin ausüben, das wesentlichere Förderungsmittel wird aber auch hier die Pression mit dem Unterarm und die durch Spannung seiner Muskeln erzeugte vibrierende Erschütterung darstellen. Durch das kräftige Umfassen der austretenden Kopfsegmente dürfte dazu die physiologische Verschiebung der Schädelknochen mäßig vermehrt und der Kopfumfang ein wenig verringert werden.

Von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit scheinen mir einige Dammschutzmittel zu sein, die in den Lehrbüchern nicht genügend betont werden. Während der Spannung des Dammes ist dieser beständig feucht zu erhalten, die durchfeuchtete Haut gewinnt nicht nur bedeutend an Elastizität, sondern auch an Ausdehnung. Die Elastizität leidet um so mehr, wenn die Haut vorher durchfeuchtet, des sie überziehenden Schleimes und ihres Fettes beraubt, trocken geworden ist, sie wird spröde. Von den allerältesten Zeiten an bis zur Jetztzeit beim niederen Volke wird ein großer Wert auf solch ein Durchfeuchten des Dammes und seiner Umgebung gelegt, wozu namentlich Öle verwandt werden. Die Asepsis hat diesen sonst zweckmäßigen Gebrauch der schwer sterilisierbaren Öle und Salben verdrängt. Das Empfehlen einer trockenen Gazekompresse ist aus den dargelegten Gründen, ganz abgesehen von dem dabei gestörten Tastgefühl nicht zu billigen. Auch das von Ahlfeld[7] empfohlene Durchtränken dieser Kompresse mit Alkohol raubt unnütz der Haut den nötigen Fettgehalt. Ich brauche zu diesem Zweck eine Sublimatlösung (1:1000 — Pastillen), die von der Hand erreichbar, vermittels Watte während der Wehenpause die Labien und den Damm befeuchtet. Nicht sehr bekannt scheint es zu sein, daß der Damm nicht nur

[5] Puzos (1686—1753), Traité des accouchements.
[6] l. c.
[7] Lehrbuch der Geburtshilfe p. 154. Leipzig 1898.

infolge der Spannung zu reißen vermag, sondern auch infolge zu plötzlicher Entspannung, ein gar nicht so seltenes Vorkommnis, das ernste Beachtung verdient. Über die Vorbereitungen des Dammes schon während der Schwangerschaft sei hier nur auf Bäder etc. hingewiesen, wie sie Schatz[8] u. a. betonen.

In der bisherigen Beschreibung bezogen wir uns nur auf die normale Hinterhauptslage, der Dammschutz bei den übrigen Lagen bleibt im Prinzip derselbe, mit nur unwesentlichen Modifikationen. Bei den dorso-posterioren Lagen übt der linke Unterarm freilich nicht so ausgiebige Dienste, wie in den dorso-anterioren, der Angriffspunkt beschränkt sich hier mehr auf den Ellbogen, der mit dem im Fundus uteri liegenden Kindesteil immerhin ausgiebigen Kontakt findet und von hier aus die vis a tergo zu unterstützen vermag.

Was die Funktionen der linken Hand betrifft, so werden bei den Vorderscheitellagen die Finger bemüht sein, den Kopf mehr zur Symphyse hin emporzuheben, zum Hinterhaupt hin werden die erschütternden Bewegungen stärker sein, um dieses am Zurückbleiben zu hindern und so dem Zustandekommen einer Stirnlage vorzubeugen. Bei Gesichtslagen werden wir natürlich den Vortritt des Kinnes fördern und erst nach Vortritt desselben unter der Symphyse durch leichten Zug mit der linken Hand und ihren Erschütterungen den übrigen Schädel aus seiner Umspannung lösen und hervorrotieren.

Bei der Steißlage wird jede unnütze Beschleunigung durch Anwendung irgend welcher vis a fronte zu vermeiden sein, da dieses das Emporschlagen der Arme begünstigt, ein gleichmäßiger während und mit der Wehe sich steigernder Druck des Unterarmes auf den Leib der Frau und den Rücken des Kindes bringt dagegen keine Nachteile, verhindert eher das Emporschlagen der Arme.

Bei Durchtritt der Schulter ist der Dammschutz keineswegs zu vernachlässigen. Nachdem der Kopf geboren, wird an ihm die der Lage entsprechende Drehung ausgeführt, falls er selbst sie zu vollführen zögert; die Schultern stellen sich nun in den geraden Durchmesser. Ein Eingehen mit den Fingern in die Scheide, um eine etwaige Nabelschnurumschlingung zu konstatieren, diese zu lösen oder gar um in die Achselhöhle mit dem Finger einzuhaken, ja sogar nach Ritgen einen Arm vor Austritt der Schultern herabzuholen, ist meist ganz unnütz, ja höchst bedenklich, indem etwa vorhandene kleine Schleimhautrisse dabei weiterreißen (cf. Mekerttschiantz[9], Carles[10]). Eine vorliegende Nabelschnurumschlingung läßt sich rechtzeitig vor der Vulva konstatieren, ohne daß der Finger blindlings in die Scheide hineinfährt und sich hier auf die Suche nach etwaiger Umschlingung macht, wie dieses häufig bei übereifrigen Hebammen zu beobachten ist.

[8] Archiv für Gynäkologie 1884. Bd. XXII. p. 305.

[9] l. c. p. 398.

[10] Zentralblatt für Gynäkologie 1883. Nr. 37. p. 600.

Mit der Geburt des Kopfes tritt meist eine relativ längere Pause in der Wehentätigkeit ein, zum Austritt der Schultern bedürfen wir meist keiner weiteren Wehe. Nachdem wir die Reinigung von Augen und Mund ausgeführt, etwaige Nabelschnurumschlingungen gelöst haben, überzeugen wir uns durch Emporheben des Kopfes von dem Zustande des Dammes um etwaige kleinere Risse möglichst vor weiterer Spannung zu schützen, wie etwa durch Zusammenführen der Wundränder beim Durchschneiden der Schultern, indem wir von den Seiten her wie früher die Haut quer zur Längsrichtung des Einrisses heranziehen. Bei intaktem Damm drängen wir den Kopf etwas nach vorn ziehend soweit, daß die obere Schulter unter dem Schambogen sichtbar wird, lassen dann aber gleich Mekerttschiantz erst die hintere Schulter heraustreten, indem wir den Kopf ein wenig nach oben gerichtet vorwärtsführen, die rechte Hand schützt dabei den Damm, wie bei der Geburt des Kopfes. Nur falls einmal ausnahmsweise die hintere Schulter trotz Emporhebens des Kopfes nicht austreten will, lassen wir durch langsames und gleichmäßiges Anziehen des Kopfes nach unten hin, erst die obere Schulter hervortreten. Sind die Schultern geboren, so werde der Zug langsam bis zum Erscheinen der Ellbogen, parallel und ohne sie von der Unterlage zu erheben, fortgesetzt, ein früheres Herausheben der Arme ist unnütz und gefährlich.

Das Wesen des geschilderten Dammschutzverfahrens besteht, wie ersichtlich, in einem beständigen Kontakt mit dem Kinde und dem Uterus resp. der Frau. Ein ausgiebigeres Individualisieren ist dabei conditio sine qua non. Bald ist nur der Kontakt vermittels des Unterarmes zu erhalten, bald hat dieser in eine stärkere oder schwächere Pression überzugehen. Die dem Verfahren zugrunde liegenden Prinzipien sind leicht verständlich, selbst eine unintelligente Landhebamme erfaßt sie bald, bei dem bestehenden Kontakt mit der Frau und dem sichtbaren Fortschreiten der Geburt wird sie auch schon rein instinktiv zur zweckmäßigen Anwendung der empfohlenen Manipulationen geführt. Zu alledem ist der psychische Einfluß, den dieser Kontakt der Kreißenden mit dem Geburtshelfer ausübt, nicht zu unterschätzen, die von Schmerzen gequälte Frau hat das Empfinden, daß man ihr wirklich helfe, sie ist folgsamer, geduldiger und behält das Vertrauen zum Arzt.

II.

Über Anesthol[1]. Ein neues Narkotikum.

Von

Dr. Walter Foerster,

z. Z. Schiffsarzt beim Nordd. Lloyd.

Die Tatsache, daß fortwährend sowohl auf Kongressen wie in Fachzeitschriften neue Narkotika oder besondere Methoden der

[1] Absichtlich ist diese Schreibweise beibehalten worden, statt »Anaesthol«.

Anästhesie angepriesen werden, läßt einen jeden erkennen, wie verbesserungsbedürftig in vieler Beziehung unsere Betäubungsweisen noch sind. So herrliche Fortschritte die lokale Anästhesie nach dem Verfahren von Schleich, Oberst und Bier aufzuweisen hat, soviel Unannehmlichkeiten und Gefahren begleiten noch die Inhalationsnarkose. Und doch wird man dieselbe nie ganz entbehren können. Mit Interesse hörte ich daher bei meiner letzten Anwesenheit in New York, daß einer der beschäftigsten und beliebtesten Chirurgen dieser Stadt, ein Deutscher, Prof. Dr. Willy Meyer, seit $4^1/_2$ Jahren fast ausschließlich ein von einem deutschen dort lebenden Chemiker, Dr. phil. Weidig, erfundenes Narkotikum »Anesthol« mit dem besten Erfolge verwendet. Anfangs stand ich den Lobeserhebungen dieses neuen Mittels skeptisch gegenüber. Nachdem ich aber die jetzt von Prof. Meyer veröffentlichte Arbeit im »Journal of the amer. med. assoc.« Nr. 9 und 10 mit dem Titel »The improvement of general anesthesia on the basis of Schleich's principles, with special reference to Anesthol«, gelesen hatte, schwanden meine Bedenken bald. Darauf instruierte ich mich bei Prof. Meyer noch näher über die Anwendungsweise und trage nun keine Bedenken, dem Anesthol über den atlantischen Ocean den Weg nach Deutschland zu bahnen und es den Kollegen warm zu empfehlen. Zunächst sei kurz der Gedankengang und die Art seiner Entstehung, danach die Anwendungsweise und seine Vorzüge besprochen.

Nach den von Schleich[2] zuerst entwickelten Ansichten ist das Narkotikum zur Inhalation das beste, welches einen der menschlichen Körpertemperatur am nahekommensten Siedepunkt hat. Ein solches mit wesentlich höherem Siedepunkt, wie z. B. das Chloroform mit 65° C., wird den Fehler haben, in den Lungen bei ca. 38° C. leichter zu kondensieren, auf die Alveolenwände niedersinken und nicht in demselben Quantum aus- wie eingeatmet werden. Das so in den Alveolen zurückgehaltene Gas wird nun unnötig reichlich das Blut überschwemmen und von diesem wieder an Leber, Nieren und Herzmuskel abgegeben werden. Daher sieht man so oft nach Chloroformnarkosen dauernde Schädigungen dieser Organe.

Ein Inhalationsnarkotikum mit niedererem Siedepunkt als die Bluttemperatur, z. B. Äther. sulfur. mit 34° C., wird in den Alveolen der Lungen schnell sein größtes Volumen annehmen, die Alveolen stark ausdehnen und durch diesen erhöhten Innendruck zunächst ein Austreten der Kohlensäure aus dem Blute der Lungenkapillaren erheblich erschweren, bei dem Pat. Cyanose hervorrufen. Wird nun durch das mit Kohlensäure übersättigte Blut das Atemzentrum gereizt, so werden die Atmungen schneller und oberflächlicher und damit weniger Äther aspiriert, so daß der intraalveoläre Druck abnehmen und nun CO_2 aus dem Blute in die Außenluft diffun-

[2] Schmerzlose Operationen. II. Aufl. Berlin 1897.

dieren kann. Durch diese während einer Äthernarkose häufig schwankenden unnatürlichen Druckverhältnisse wird das Alveolarepithel aber so geschwächt und geschädigt, daß es über eventuell mitaspirierte Entzündungserreger nicht Herr werden kann, und so sehen wir häufig Pneumonien entstehen.

Von ähnlichen Erwägungen ausgehend, begann Schleich Narkoseflüssigkeiten mit verschieden hohem Siedepunkt zu mischen, um durch bestimmte Vereinigung zweier oder mehrerer derartiger Lösungen ein mit einem der Körpertemperatur nahekommenden Siedepunkt versehenes Gemenge darzustellen. So nahm er bekanntlich zu Chloroform und Äther, die man schon seit vielen Jahren zu mischen beliebte, noch Benzin mit einem Siedepunkt von 15—18° C., und zwar einmal 45 Chlf. + 180 Äth. + 15 Benz., dann 45 Chlf. + 150 Äth. + 15 Benz., endlich 30 Chlf. + 80 + 15 Benz. Diese Gemenge waren aber im wahren Sinn des Wortes nur Gemenge, Mischungen; denn beim Verdampfen eines bestimmten Quantums blieb Chloroform mit seinem höchsten Siedepunkt zurück (Weidig). Mit anderen Worten atmete der Pat. bei der Narkose erst vorwiegend die leichtflüchtigen, danach die schwerer flüchtigen Substanzen ein, was ja aber nicht dem Sinne der Sache entsprach. Gleichwohl hatten Schleich und manche andere — so auch Prof. W. Meyer — gute Erfolge mit dieser Mixtur aufzuweisen. Nachdem aber die auf Veranlassung von W. Meyer im physiologischen Institut in New York durch seinen Leiter Dr. Meltzer an Tieren mit reinem Benzin (»petrolic ether«) gemachten Betäubungsversuche, Inhalationsnarkosen, ergeben hatten, daß tetanusartige Krämpfe der quergestreiften Muskeln auftreten, die beim Weiterführen der Narkose mit Tod durch Atemmuskellähmung endigen, war Meyer bestrebt, für Benzin einen Ersatz zu finden. Er veranlaßte Dr. Weidig zu chemischen Versuchen in diesem Sinne, der dann auf folgende Weise zur Darstellung des »Anesthols« kam.

Auch Weidig mischte zuerst Chloroform und Äther aber — genau in dem ihren Molekulargewicht entsprechenden Mengen, d. h. 119,5 g Chloroform mit 74,0 g Äther, oder 43,25 Volumteile Chloroform mit 56,75 Volumteilen Äther. Als er bei diesem Mischungsprozeß eine Wärmeentwicklung konstatierte, und der Rest dieser bei ihrem Siedepunkt von 52° C. verdampften Lösung kein freies Chloroform oder Äther enthielt, schloß er, daß dies »Gemenge« eine innige chemische Verbindung eingegangen habe und nannte sie »Molekulare Solution, oder abgekürzt: »M. S.«.

Um nun den Siedepunkt dieser Lösung, die sich in vielen Fällen bei Narkosen schon günstig bewährt hatte, dem der Körpertemperatur näher zu bringen, setzte er Äthylchlorid mit dem Siedepunkt von 15° C. zu, mit welcher Flüssigkeit gerade damals, wie Weidig erst später erfuhr, durch R. Ludwig und G. Lotheissen[3]

[3] »Über Narkose mit Äthylchlorid«. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. X. p. 639. 1897.

*

Aspirationsanästhesien gemacht und empfohlen wurden. W. stellte drei Mischungen von Äthylchlorid + M. S. dar.

1) 18 Vol.-% Äthylchlorid + 82 « M. S.	}	Siedepunkt 38° C.
2) 17 Vol.-% Äthylchlorid + 83 « M. S.	}	« 40° C.
3) 16 Vol.-% Äthylchlorid + 84 « M. S.	}	« 42° C.

Man hielt die Lösung Nr. 2 (17 + 83) für die geeignetste und gab ihr den Namen »Anesthol«.

Anesthol ist eine klare, durchscheinende Flüssigkeit von ganz angenehm aromatischem Geruch. Das spez. Gewicht ist 1045[4], der Siedepunkt 40° C. Verdampft man 1000 ccm Anesthol 5 Stunden lang bei einer konstanten Temperatur von 40°, so bleiben 22 ccm mit einem spez. Gewicht von 1262 über, woraus hervorgeht, daß dieser Rückstand nicht das am schwersten verdunstende Chloroform ist, das 1490 spez. Gewicht hat, sondern mit anderen Worten bis zuletzt eine einheitliche Lösung, eine chemische Verbindung besteht. Demnach wird auch beim Inhalieren von Anesthol beim 50. Atemzug ziemlich ebensoviel von seinen drei Substanzen in die Lunge strömen wie beim ersten und zweiten Atemzug, d. h. Anesthol wird — wenigstens nahezu — dieselbe Zusammensetzung haben beim Schluß wie beim Anfang der Narkose.

Was nun die Gebrauchsweise des Anesthol anbelangt, so wird es wie Chloroform aus einer graduierten dunkelfarbigen Glasflasche mit feinem Tropfer gegeben. Die Maske ist am besten eine »Esmarch'sche«, über die man zwei bis vier Schichten steriler Gaze und eine Lage wasserdichten Stoff (Mosetigbatist) zieht. In den letzteren, nach außen gelegenen, schneidet man zentral ein ca. talergroßes Loch aus, durch welches dann auf die vorliegende Gaze getropft wird. Es empfiehlt sich, Anesthol von Anfang an schonend, d. h. tropfenweise zu geben, und nicht, wie es manche mit Chloroform belieben, die Maske zu Beginn direkt zu überschwemmen. Dann kommt der Pat. in der Regel ohne Exzitationsstadium, ohne Gefühl der Beängstigung und ohne sonstige Zufälle in eine schlafähnliche Narkose. Nun genügen 1—2 Tropfen alle 3 bis 4 Sekunden dieselbe zu unterhalten. Maßgebend für die Sicherheit der Narkose sind wie beim Chloroform der Befund von Puls, Atmung, Pupillenreaktion und Aussehen des Pat. Es kommt vor, zumal wenn zu reichlich Anesthol gegeben wird, daß bei tadellos vollem und kräftigem Puls der Pat. blaß, die Atmung oberflächlicher wird, während die Pupillen mittelweit sind und auf Lichteinfall reagieren. Dann ge-

[4] Interessant ist somit, daß das spez. Gewicht von Anesthol dem des Blutes von 1056—59 nahekommt, näher als die bisher bekannten Narkotika.

nügt es stets, die Maske einige Augenblicke wegzunehmen und der Zustand des Pat. ist wieder befriedigend. Überhaupt ist zu betonen, daß vielmehr die Atmung als der Puls von Anesthol beeinflußt wird. Während man bei Chloroform so oft schon in den ersten Sekunden Herzaffektionen, ja sogar Herzstillstand erlebt, ist dies bei Anesthol äußerst selten, ein Exitus in diesem ersten Stadium noch nie bebeobachtet worden. Bei allen derartigen, wie gesagt recht seltenen Zwischenfällen ist die Eigenschaft des Anesthols von großem Vorteil, daß es bei seinem der Körpertemperatur gleichkommenden Siedepunkt nur sehr locker an das Blut gebunden ist; d. h. es wird mit jeder Expektoration ca. ebensoviel von dem Gas ausgeschieden, als bei der Inspiration das Blut aufgenommen hatte (Schleich).

Demnach wird, sobald die Maske entfernt ist, in kurzer Zeit alles Anesthol aus dem Körper ausgeschieden werden, der Pat. erwachen. Die Möglichkeit, die Narkose derartig schnell zu unterbrechen, wie es tatsächlich bei Anesthol der Fall ist, möchte ich jetzt schon als eines seiner größten Vorzüge hervorheben.

Durch Darreichung von 0,01 Morphium subkutan dreiviertel Stunden vor dem Beginn der Narkose kann man die Wirkung des Anesthols wesentlich unterstützen. Der Anfang wird dann ruhiger, selbst bei Potatoren oft ohne Exzitationsstadium, die darzureichende Narkosenmenge ist wesentlich geringer; 5—7 Minuten nach Beginn der Beträufelung der Maske, kann jede, die größte Anästhesie und Muskelerschlaffung erfordernde Operation beginnen. Speichelfluß wird kaum beobachtet, Erbrechen selten; keine Cyanose, ruhige tiefe Atemzüge wie im Schlafe, mäßige Schweißsekretion. Auch nach Morphiumgabe ist das Erwachen leicht, meist ohne Kopfweh, zu schnell wiederkehrender geistiger Klarheit.

Von den Nachwirkungen der Narkose war Erbrechen selten, Bronchitis oder Pneumonie nicht ein einziges Mal beobachtet; in einigen wenigen Fällen flackerte eine chronische, vor der Operation konstatierte Nierenentzündung wieder etwas mehr auf, doch nur vorübergehend, während sonst nie an Herz, Lungen oder Nieren nach Anestholnarkosen Veränderungen und Krankheitssymptome nachzuweisen waren. Umgekehrt gab nach dieser Erfahrung ein Leiden dieser Organe niemals Indikation für Nichtanwendung des Anesthols.

So befriedigt äußert sich auch über dies Mittel Dr. W. Guth in New York, der über 200 Anestholnarkosen berichtet, ohne ernstere Zwischenfälle oder gar tödlichen Ausgang. Dagegen erlebte W. Meyer selbst in den $4^1/_2$ Jahren zwei Todesfälle auf dem Operationstisch, und zwar beide bei großen Nierenoperationen. Im ersteren Falle handelte es sich um einen älteren Mann mit Nierensteinen, totaler Einklemmung eines großen Steines in den einen Ureter und seinen Folgeerscheinungen. Die Operation stieß auf große Schwierigkeiten, zwei Rippen mußten reseziert werden, um die kolossal vergrößerte Niere exstirpieren zu können; beim Arbeiten am Nieren-

stiel drang unvermutet Luft in die Nierenvenen; der Pat. starb sofort. Da das vorherige Befinden des Pat. gut war und schon 10 Minuten lang kein Anesthol gereicht worden war, führt man hier wohl mit Recht den Exitus auf Lungenembolie zurück, die leider durch Verweigerung der Autopsie nicht bestätigt werden konnte. Der zweite Fall scheint mir dagegen eher ein richtiger Narkosentod zu sein; hier handelte es sich um eine dekrepide, schwächliche Frau mit fortgeschrittener Urogenitaltuberkulose. Als die erkrankte Niere an ihrem Gefäßstiel abgebunden werden sollte, wurde die nur mäßig betäubte Pat. zu unruhig. Nun gab man weiter Anesthol, und zwar — wie ich mir denke — in etwas schnellem Tempo, um den Operateur nicht warten zu lassen, bis plötzlich Herztätigkeit und Atmung aussetzten, bei ad maximum erweiterten Pupillen. Das Leben kehrte nicht wieder, und die genauere Todesursache konnte wegen verbotener Autopsie auch in diesem Falle nicht festgestellt werden.

Unter wie viel Anestholnarkosen diese zwei Todesfälle, von denen mir, wie gesagt, nur der letztere in Betracht zu kommen scheint, vorkamen, gibt Meyer leider nicht an. Wir gehen aber nicht fehl, wenn wir die Zahl derselben seit 1898, wo Meyer in seiner sehr ausdehnten operativen Praxis an Krankenhaus- und Privatpatienten ausschließlich — abgesehen von Anwendung lokaler Anästhesie — Anesthol gebrauchte, auf weit über 1000 schätzen. Demnach ist es für jeden Narkotiseur ein geringes Risiko, einmal eine Anestholnarkose zu versuchen. Die Handhabung ist einfach, die Kosten des Mittels gering.

Es würde sich empfehlen, das Mittel in der Apotheke verschreiben zu lassen, wo es ja jedes größere Krankenhaus zu ermäßigten Preisen bekommt.

Rp. Chloroform. pur. Vol. 43,25
Aeth. sulfuric. Vol. 56,75
misce
Äthylchlorid Vol. 20,5
Ds. »Anesthol«. Zur Inhalationsnarkose!

Wie gern Anesthol von den Pat. genommen wird, möge der Ausspruch eines Kollegen charakterisieren, der dreimal hintereinander bei einer fortschreitenden Finger-, Hand- und Armphlegmone operiert und mit Anesthol betäubt wurde: »Man nimmt es (Anesthol) und weiß nicht, ob man etwas nimmt, und nachdem man aufgewacht ist, weiß man noch nicht, ob man etwas bekommen hat; es macht einem keine Beschwerden, man fühlt sich nicht krank danach. Man schläft eben ein und wacht wieder auf«.

Neue Bücher.

1) F. v. Winckel. Zur Geschichte der Betäubungsmittel für schmerzlose Operationen.

Rektoratsrede, München 1902.

So alt wie die Menschheit selbst, so alt ist auch das Streben, dem leidenden Mitmenschen die Schmerzen, die mit einem operativen Eingriff notwendig verbunden sind, zu ersparen In meisterhafter Weise schildert uns v. W. die zahlreichen Versuche, die die Ärzte aller Zeiten auf diesem Gebiet gemacht haben. Wir sehen, wie der menschliche Erfindungsgeist seit Jahrtausenden an der Lösung dieser Aufgabe gearbeitet hat, bis es endlich in unserer Zeit gelang, eine befriedigende Lösung zu finden. Aber auch die jetzigen Anästhesierungsmethoden sind noch nicht bis zu einer solchen Vollkommenheit gebracht, daß wir das Recht hätten, uns mit dem Erreichten zu begnügen. Immer wieder werden neue Methoden, neue Verbesserungen ersonnen und die Besprechung dieser neuesten Methoden ist es, die immer ganz besonderes Interesse in dem v. W.'schen Vortrage beanspruchen. Ich gebe daher hier einen kurzen Überblick über die von dem berühmten Münchener Operateur gewonnenen Erfahrungen.

Der originelle Gedanke Bier's vom Rückenmark aus unter Erhaltung des Bewußtseins eine Anästhesie der unteren Körperhälfte herbeizuführen, hat sich nicht in dem Maße bewährt, wie es zunächst den Anschein hatte. v. W. sah bei manchen seiner Fälle, ebenso wie Bier selbst, so üble Nebenwirkungen, daß er vor einer allgemeinen Anwendung der Rückenmarksanästhesie mit Cocain warnt. Die Bier'sche Ansicht, daß die Nebenwirkungen auf veränderte Druckverhältnisse im Gehirn und Rückenmark zurückzuführen seien, teilt v. W. nicht, er glaubt vielmehr, daß sie nur durch die giftigen Eigenschaften des Cocains bedingt sind. — Auch das an Stelle des Cocains empfohlene Tropacocain ist nach v. W. nicht ganz harmlos; immerhin aber leistet es für Operationen an der unteren Körperhälfte so vorzügliches, daß es eine weitere Prüfung wohl verdient.

Durchaus ablehnend verhält sich v. W. gegenüber der Allgemeinanästhesie durch Skopolamininjektionen. Teils wurde in den von ihm beobachteten Fällen überhaupt keine Empfindungslosigkeit erzielt, teils wurden heftige krampfhafte Bewegungen der Gliedmaßen als Folge der Skopolamininjektionen beobachtet, so daß chloroformiert werden mußte, um die Operation ausüben zu können.

Ob die durch Steiner bekannt gewordene Kompression der Carotis — eine der ältesten Anästhesierungsmethoden, war sie doch schon den alten Assyrern bekannt — brauchbare Resultate liefert, muß erst durch weitere Versuche festgestellt werden.

Der für Mediziner und Laien in gleicher Weise interessante Vortrag schließt mit einem begeisterten Appell des großen Meisters an die akademische Jugend. Sein Inhalt läßt sich nicht besser charakterisieren, als mit den Worten Hahn's, die v. W. selbst an den Schluß seiner Rede gesetzt hat: .... es leben nur, die schaffen.

Bischoff (Bonn).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin.

Sitzung vom 27. März 1903.

Vorsitzender: Herr Olshausen; Schriftführer: Herr Gebhard.

I. Herr Knorr: Über den gynäkologischen Wert der funktionellen Nierendiagnostik.

(Wird an anderem Orte publiziert.)

Diskussion: Herr Casper: Es gibt keine Phloridzin- und Gefriermethode, sondern nur eine Phloridzin-Gefrierprobe, die allein nicht zur Diagnosestellung genügen, sondern ähnlich wie die Albumenprobe mit dazu verwendet werden.

Die Werte für den Gefrierpunkt des Harns sind an sich für die Stellung der Diagnose nicht zu verwerten, denn sie schwanken in sehr großen Grenzen. Menge des Harns, spezifisches Gewicht und vor allem das gesonderte gleichzeitige Auffangen des Harns aus jeder der beiden Nieren müssen hinzukommen, dann gestatten die Vergleichszahlen wertvolle Schlüsse für die Diagnose, gerade wie die Vergleichszahlen der von beiden Nieren nach Phloridzininjektion gelieferten Zuckermengen.

Die vom Redner hervorgehobenen Angriffe gegen die funktionellen Untersuchungsmethoden der Nieren können gegenüber den allseitigen Bestätigungen vernachlässigt werden, da sich die Bemängelung nur auf einige nicht einwandsfreie Mitteilungen Israel's beschränkt. Die funktionelle Nierenuntersuchung bedeutet einen Fortschritt unseres diagnostischen Könnens; wer sie nicht anwendet, wird mit seinen Diagnosen und mit seinen Resultaten ins Hintertreffen geraten.

Es ist zweckmäßig, 1 cg Phloridzin zu injizieren, nicht wie früher angegeben 5 mg.

Die Phloridzin- und Gefrierpunktsproben helfen in schwierigen Fällen bei der Stellung der Differentialdiagnose mit. Es konnte mehrfach ausgemacht werden, ob ein Tumor der Niere angehört oder nicht. Sind die funktionellen Zahlen der suspekten Seite denen der anderen gleich, so kann der Tumor nicht die Niere selbst sein; denn niemals gibt eine ganz oder teilweise zerstörte Niere so hohe Werte wie die gesunde der anderen Seite. Es ist aber Vorsicht und Berücksichtigung aller übrigen Symptome und Verhältnisse geboten, denn ein Hypernephrom oder ein Nebennierentumor kann beispielsweise das Parenchym der Niere wenig oder gar nicht alteriert haben. Man verlange von der Methode nur das, was sie zu leisten vermag.

Herr Knorr (Schlußwort) dankt Herrn Casper für sein Erscheinen und Beteiligung an der Diskussion, beantwortet verschiedene Fragen und konstatiert Übereinstimmung zwischen seinen eigenen und Herrn Casper's Erfahrungen und Anschauungen. Er empfiehlt den Gynäkologen die Anwendung der funktionellen Methoden der Nierenuntersuchung, insbesondere die Phloridzinprobe und die Gefrierpunktsbestimmung.

II. Herr Robert Meyer hält die angekündigten Vorträge:

1) Über Struma ovarii colloides.

M. demonstriert einen Ovarialtumor (operiert von Herrn Mackenrodt) und mikroskopische Präparate davon und nennt ihn Struma wegen seiner absoluten

Identität im Bau mit den Strumen der Thyreoidea, welche in diesem Falle gesund ist. Knochenreste stützen die Annahme einer teratomatösen Struma, wie Pick das sog. »Folliculoma ovarii malignum« Gottschalk's mit Recht gedeutet hat. M. bestreitet außerdem die Richtigkeit der Beschreibung Gottschalk's, insbesondere, daß Plasmodien mit Kernschichtung in das Innere und nachträgliche Verflüssigung vorkommen.

Die chemische Untersuchung des Tumors ergab Jod.

2) Über Adenom und Karzinom des Gartner'schen Ganges.

M. demonstriert enorme Wucherungen eines Gartner'schen Ganges beim achtmonatlichen Fötus und deutet sie als kongenitales Adenom. — Bei Erwachsenen sind ebenfalls Adenome und Adenomyome in der Wand der Cervix auf den Gartner'schen Gang häufig zurückführbar. Auf den Wolff'schen Körper zurückzugreifen sei in solchen Fällen nicht angängig (Landau und Pick bei Uterus unicornis). M. demonstriert Verzweigungen des Gartner'schen Ganges bei Uterus unicornis vom neugeborenen Mädchen; schließlich von einer Erwachsenen (Operateur Herr Keller) doppelseitigen Gartner'schen Gang mit enormer drüsiger Wucherung und Übergang in papillomatöse karzinomatöse Herde mit Metastasenbildung in der Vagina. Die knotige Neubildung, welche insbesondere die Vorderwand der Portio einnimmt, ist verbunden mit cystischem Adenom und Tuberkulose der Cervixschleimhaut.

---

3) Niederländische gynäkologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. März 1903.

Präsident: Prof. Treub; Schriftführerin: Dr. C. van Tussenbroek.

Kouwer demonstriert eine Placenta, die er bei Extra-uterin-Gravidität aus dem rechten Lig. latum entfernte. Die sechsmonatliche Frucht war maseriert, der Kopf lag im Douglas. Der Fruchtsack war teilweise intraligamentär entwickelt. Die blutende Placentarfläche wurde mit Peritoneum bedeckt und nach der Vagina hin drainiert. Der stark myomatöse Uterus wurde mit Rücksicht auf mögliche spätere Schwangerschaft nicht mit entfernt, da die 38jährige Pat. seit 4 Jahren in kinderloser Ehe lebt.

Stratz demonstriert eine Parovarialcyste, die er als Nebenbefund bei einem 4 Pfund schweren Myom durch Laparotomie entfernte.

Polak demonstriert ein vergrößertes, hämorrhagisches, im übrigen normales Ovarium, das er bei einem Kinde von 7 Wochen in einer Inguinalhernie fand.

Diskussion zu dem Vortrage von Pompe van Meerdervoort über Inversio uteri.

Stratz ist im Gegensatz zu Pompe der Ansicht, daß die Inversion auch in seinem Falle nicht durch Kontraktion, sondern im Gegenteil durch Atonie des Uterus zu erklären ist. Er selbst hat verschiedene Fälle von Inversio uteri gesehen; frische Inversionen lassen sich stets leicht reinvertieren und durch Tamponade zurückhalten. Aber auch bei alten Inversionen leistet Tamponade oft sehr gute Dienste.

Treub hält gleich Stratz Pompe's Fall für einen sprechenden Beweis fürs Gegenteil dessen, was Pompe damit beweisen wollte. Besonders der Umstand, daß nach erfolgter Reposition die Reinversion von der atonischen Tubenecke aus wieder zustande kam, ist lehrreich.

Pompe meint, daß die von ihm gemeinte Kontraktion hinter der invertierten Stelle sich kundgebe und die unvollständige Inversion zu einer vollständigen mache.

Treub erwidert, daß er diese Zuhilfenahme einer sekundären Kontraktion völlig überflüssig findet.

Mendes de Léon: Über Asepsis während der Operation.

Vorläufige Mitteilung über eine interessante Reihe von Versuchen über die

Gefahr des freien Sprechens während der Operation, die sich an analoge Beobachtungen aus der v. Mikulicz'schen Klinik u. a. anschließen.

M. ließ die Gespräche bei der Operation protokollieren; durchschnittlich sind es 300 Worte. Darauf wurde das Protokoll in einen sterilen Blechbehälter von oben durch einen Spalt hineingesprochen und durch unten angebrachte Agarplatten kontrolliert. Hierbei stellte sich heraus, daß etwa 1/4 Million Mikroorganismen aus der Mundhöhle auf das Operationsfeld gelangen. Mikroskopisch waren diese Mikroorganismen Diplokokken, Streptokokken und Staphylokokken. Vorherige Desinfektion der Mundhöhle hatte nur wenig Einfluß, Odol war ganz unwirksam und zeigt überhaupt keinen Unterschied. Dagegen blieb der Agar nach Anlegen eines nach M.'s Angabe konstruierten Maulkorbes völlig steril. Der durch Gudendag konstruierte Maulkorb besteht aus zwei silbernen (oder vernickelten) Sieben, zwischen denen eine jeweils frische Lage Watte eingeschoben wird.

Oidtman meint, daß man meist nicht in das Operationsfeld hinein, sondern daneben spreche, so daß in Wirklichkeit die Gefahren geringer sind.

Stratz glaubt, daß nur die praktische Erfahrung maßgebend sein kann. v. Mikulicz hat mit seinen Gazekompressen vor dem Munde sehr gute Erfolge zu verzeichnen, aber andere Operateure ohne »Maulkorb« auch. Theoretisch müßten dann die Laparotomien in Trendelenburg'scher Lage bessere Resultate geben, weil dabei nicht über der Operationsfläche gesprochen wird.

Barnouw findet, daß bei der Art, wie Mendes seinen Behälter gestellt hat, alles, was aus dem Munde kommt, auf die Agarplatte fallen muß; bei Operationen ist dies anders.

Van der Velde fragt, ob die von Mendes beobachteten Mikroorganismen auch auf ihre Virulenz geprüft sind.

Kouwer hat mit Interesse den »Millionenspeech« von Mendes gehört, glaubt aber gleich Stratz, daß die praktischen Erfahrungen erst die Theorie bestätigen müssen.

Treub ist ebenfalls der Ansicht, daß Mendes die Gefahr aggraviert habe, und schlägt ihm vor, eine weitere Reihe von Experimenten zu machen, wobei nicht von oben nach unten, sondern horizontal gegen die Agarplatte gesprochen wird.

Mendes repliziert, daß die von Oidtman und Treub gewünschten Proben bereits durch Koeniger gemacht sind, welcher Petri'sche Schalen im ganzen Auditorium verteilte und überall Verunreinigung fand. Kouwer und Stratz erwidert er, daß sich diese Frage statistisch nicht ausmachen lasse. Van der Velde macht er darauf aufmerksam, daß Pasteur bereits im Jahre 1881 die Sputumseptikämie beschrieben hat. M. hat vorläufig nur drei Tierexperimente gemacht, eine Cavia wurde mit Reinkulturen von Streptokokken, zwei weiße Mäuse mit Reinkulturen von Gonokokken aus der Mundhöhle eingespritzt. Alle drei starben nach 24 Stunden. M. will seine Beobachtungen fortsetzen und dabei auch auf Sprechen in horizontaler Richtung achten.

Kouwer dankt Mendes im Namen der Anwesenden für seinen besonders interessanten Vortrag. **C. H. Stratz** (den Haag).

---

4) Geburtshilfliche Gesellschaft in London.

(Brit. med. journ. 1903. Jan. 24 u. Lancet 1903. Februar 21.)

Am 7. Januar findet unter dem Vorsitze von Peter Horrocks eine Diskussion über puerperale Psychosen statt.

Robert Jones gibt das einleitende Referat. J. hat 56 Psychosen in der Schwangerschaft, 120 im Puerperium und 83 während der Laktation beobachtet. Während der Schwangerschaft, namentlich bei unverheirateten Iparae, tritt meistens die Psychose unter dem Bilde der akuten Melancholie auf. Selbstmordversuche sind häufig (41%). Die Laktationspsychosen werden nicht selten chronisch. Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen sind als die ersten Zeichen einer Psychose wohl zu

beachten. Erblichkeit, besonders in der mütterlichen Linie, ist häufig zu konstatieren. Prognostisch muß man wissen, daß die Fälle, die in den ersten Monaten der Schwangerschaft auftreten, gegen Ende derselben sich zu bessern pflegen, während die Erkrankungen gegen Ende der Gravidität meist im Wochenbette sich verschlimmern. Die Behandlung besteht bei den ersten Symptomen in absoluter Ruhe, nahrhafter Kost, Schlafmitteln u. ä. Behandlung im Privathause ist möglich. Zum Schlusse beschäftigt sich Vortr. mit der Frage, ob eine Vergiftung oder bakterielle Prozesse die Ursache der Psychosen sind.

Williams betont, daß chirurgische Eingriffe in allen Fällen abzulehnen sind.

Blandford legt den größten Wert darauf, die Schlaflosigkeit zu bekämpfen: Das Kind ist aus dem Zimmer zu entfernen, Besuche sind verboten, jedes Geräusch ist zu vermeiden. Mit der dunklen »Toxämie« kann man die Psychosen nicht erklären.

Hermann will die Psychosen verhüten durch gute Nahrung und Schlaf, der durch Alkohol erzielt werden soll, nicht durch Schlafmittel.

Mercier bestreitet, daß Kopfschmerzen ein Initialsymptom der Psychosen seien, sondern Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit. Eine Behandlung im Privathause hält M. für gefährlich. Das Auftreten der Periode ist oft das erste Zeichen der Heilung.

Champneys empfiehlt auch den Gebrauch des Alkohols zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit.

Andriezen folgert aus dem Studium der Statistik, daß Uneheliche doppelt so häufig erkranken als Verheiratete. Eine septische Infektion der Genitalwunden soll nach A.'s Meinung eine wichtige Ursache zu Wochenbettspsychosen abgeben.

Mott dagegen ist der Ansicht, daß die meisten Wochenbettspsychosen nicht septischen Ursprunges seien, sondern auf psychopathischer oder neuropathischer Grundlage entstehen.

White berechnet eine Psychose auf 400 Entbindungen.

Amand Routh schlägt vor, außer den Irrenanstalten Häuser zu dem Zwecke auszustatten, um derartige geistig gestörte Frauen aufzunehmen. Die Entfernung aus der Familie wird alsdann leichter sein.

Der Vorsitzende hält Nahrungsverweigerung für das erste charakteristische Symptom der Krankheit. Die Prognose ist fast stets günstig.

Peter Horrocks präsidiert am 4. Februar.

Eden trägt über einen Fall von Ascites beim Fötus die Einzelheiten vor. Es handelte sich um eine Steißlage. Beim Versuche, die Extraktion vorzunehmen, riß erst der Fuß und später der Oberschenkel des in Fäulnis übergegangenen Kindes aus. Nachdem die Ausdehnung des Abdomen entdeckt war, wurde $2^1/_2$ bis $3^1/_2$ Liter Flüssigkeit abgelassen. Herz und Nieren waren normal, auch Anzeichen von Lues wurden nicht entdeckt.

Herbert Spencer und Malins machen die Syphilis ätiologisch verantwortlich.

Nachdem einige Präparate, unter ihnen ein primäres Karzinom der Tube, demonstriert waren, empfiehlt der Vorsitzende, die Aufnahme von Ärztinnen in die Gesellschaft gesetzlich vorzusehen. Die Prüfungen der Hebammen, die durch die Gesellschaft bislang abgehalten wurden, werden nach den neuen Gesetzen in Zukunft fortfallen. **Rissmann** (Osnabrück).

---

5) Britische gynäkologische Gesellschaft.

(Lancet 1903. März 21.)

Macnaughton-Jones sprach in der Sitzung am 12. März über die Wichtigkeit der Mundpflege bei den Operationen an den Beckenorganen. Namentlich bei Vorhandensein kariöser Zähne können Magenkatarrhe, Parotitis und Angina Ludovici die Folge sein. Äthernarkosen hält J. in dieser Beziehung für nachteiliger als Chloroformnarkosen. Genauer beschreibt Vortr. einen Fall von Parotitis, der am 14. Tage nach einer Operation an der Scheide und von Hämorrhoiden auftrat und tödlich endete. J. glaubt, daß selbst septische Zustände von den

Zähnen oder der Mundhöhle ausgehen könnten. Als Desinfizientien der Mundhöhle sind Formalin, Wasserstoffsuperoxyd, Borsäure und namentlich Benzonaphthol zu empfehlen.

Paget meint, daß die Parotitis nach Operationen an den Beckenorganen häufiger aufträte als nach Operationen an anderen Körperteilen und macht dafür nervöse Einflüsse verantwortlich.

Duncan hat bislang stets an Sepsis gedacht, wenn eine Parotitis sich nach abdominellen Eingriffen einstellte, will aber jetzt an die Mundhöhle denken.

Rissmann (Osnabrück).

---

6) Gesellschaft für Geburtshilfe in Edinburg.

(Lancet 1903. Januar 31.)

Simpson legte in der Sitzung der Gesellschaft einen Ovarientumor vor, der von einem 17jährigen Mädchen stammte und Pneumokokken und Streptokokken enthielt.

Ferguson demonstrierte eine Extra-uterin-Gravidität, die neben einem Ovarialabszesse bestand.

Munro Kerr entfernte Ovarium und Tube bei einer internen Blutung. Das Ovarium enthielt einen Graaf'schen Follikel mit Blutklumpen, woher fraglos die Blutung stammte. Die mikroskopische Untersuchung soll ergeben, ob vielleicht eine Ovarialschwangerschaft vorliegt. Es bestand wahrscheinlich eine uterine Gravidität.

Munro Kerr bespricht darauf eine neue Methode zur Messung der relativen Größe des kindlichen Kopfes und des mütterlichen Beckens. K. kombiniert die Müller'sche und Pinard'sche Methode auf folgende Weise: Mit der rechten Hand wird nach der Art Pawlik's der kindliche Kopf erfaßt und ins Becken gedrückt. Zwei Finger der linken Hand befinden sich in der Vagina und kontrollieren die Wirkung. Der Daumen der linken Hand kann diese Kontrolle äußerlich unterstützen. Narkose ist für die Methode wünschenswert.

Linn berichtet ausführlich über einen Fall von Schwangerschaftsniere, bei welchem Schilddrüsenextrakt ohne jede Wirkung gereicht wurde.

Nicholson dagegen will günstigen Erfolg mit Schilddrüsenextrakt gehabt haben, selbst bei drohender Eklampsie. Man muß allerdings das Extrakt in solchen Dosen geben, daß Beschleunigung des Pulses, Schweiße und vermehrte Urinausscheidung, event. auch Temperaturerniedrigung eintritt.

Rissmann (Osnabrück).

---

7) Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Glasgow.

(Brit. med. journ. 1903. Februar 7.)

In der Sitzung am 28. Januar führt Nigel Stark den Vorsitz.

Munro Kerr demonstrierte eine außergewöhnlich große Placenta, die sich bei einer Frau mit Ascites gefunden hatte.

Douglas sprach darauf über Säuglingsernährung. Der Fettgehalt und der Gehalt an Zucker ist in der Muttermilch zuweilen abnorm gering. Man muß an diese Tatsache denken, wenn die Kinder an der Mutterbrust nicht gedeihen. Kuhmilch soll nicht unverdünnt gegeben werden. Eine Sterilisierung oder Pasteurisierung hält D. entgegen den Ansichten Koch's noch immer für nötig.

Borland macht darauf aufmerksam, daß die Muttermilch durch unregelmäßiges Anlegen nicht selten wesentlich verschlechtert würde.

Kerr gibt in einzelnen Fällen auch unverdünnte Kuhmilch und empfiehlt, vor jeder Mahlzeit eine geringe Menge Gerstenschleim zu geben.

Der Vorsitzende kann nicht bestätigen, daß unverdünnte Kuhmilch immer vertragen würde, und gibt zuweilen etwas Fleischsaft.

MacLellan demonstrierte hierauf einen großen adenomatösen Polypen und Kerr berichtete über einen Kaiserschnitt am Ende der Schwangerschaft wegen

Cervixkarzinom. Da das Karzinom inoperabel war, machte K. die supravaginale Amputation, in dem Gedanken, Sepsis zu vermeiden.

Rissmann (Osnabrück).

Neueste Literatur.

8) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XVII. Hft. 4.

1) C. Fleischmann (Wien). Über eine seltene, vom Typus abweichende Form des Chorionepithelioms mit ungewöhnlichem Verlaufe.

Bei einer 27jährigen Frau, die dreimal normal geboren hatte, wurde im Mai 1899 eine Blasenmole ausgeräumt. Die Menses kamen anfangs regelmäßig, wurden $^3/_4$ Jahr p. op. spärlicher und setzten schließlich ganz aus. Im Februar 1902 ($2^3/_4$ Jahre nach jener Blasenmolenausräumung) fand sich bei der sonst gesunden Frau im klaffenden Introitus vaginae ein nahezu kastaniengroßer, bläulichroter Tumor, der sich von der vorderen gegen die rechte Scheidenwand zu ausbreitete. Uterus antevertiert, Portio aufgelockert, Korpus glatt, weich, gleichmäßig vergrößert, wie ein 6—8 Wochen gravides Organ. Gebärmutteranhänge frei. Verdacht auf Chorionepitheliom. Da Narkose und eventuelle Uterusexstirpation von der Pat. abgelehnt werden, nur Exstirpation des Scheidentumors. Am 7. Tage p. op. arterielle Blutung aus der Wunde, durch Umstechung gestillt, 2 Tage später wieder starke Blutung aus der Wunde und leichte Blutung ex utero. Nach Dilatation der Cervix Curettage des Uterus, die reichlich aus derben, rotbraunen Stückchen bestehendes Gewebe von der rechten Uteruswand entfernt. Dabei Perforation des Uterus nach rechts hin. Tamponade. Die vorgeschlagene Uterusexstirpation wird wieder abgelehnt. Rechts neben dem Uterus faustgroßes Hämatom. 8 Tage später wieder (dritte) Blutung aus der Scheidenwunde, durch Umstechung gestillt. Dann erholt sich Pat. und wird am 20. März auf ihren dringenden Wunsch entlassen. Die Scheidenwunde ist bis auf eine kleine granulierende Stelle geheilt, der Uterus antevertiert, derb, kleiner als vor der Exkochleation. Scheide und Portio frei von Geschwulstbildung. Rechts neben dem Uterus kindsfaustgroße Resistenz.

3 Monate später sieht Pat. blühend aus, hat nicht mehr geblutet. Operationsnarbe in der Scheide zart, blaß, Uterus klein, beweglich, anteflektirt. Adnexe frei.

Letzte Vorstellung Dezember 1902 (10 Monate nach der Operation). Seit September regelmäßige Menstruation, 3 Tage dauernd, ohne Beschwerden. Körpergewicht hat zugenommen; innere Organe gesund; Genitalien außer leichter Senkung der vorderen Scheidenwand ohne pathologische Veränderungen.

Genaue mikroskopische Beschreibung des Scheidentumors und der Gewebsbröckel aus dem Uterus. Als Diagnose ergab sich: Atypisches, aus syncytialen Zellen zusammengesetztes Chorionepitheliom des Uterus mit Metastasenbildung in der Scheide.

Aus dem klinischen Verlaufe sind als besonders bemerkenswerte Eigentümlichkeiten hervorzuheben die lange Latenzperiode; das Fehlen der Blutungen; die Perforation der Gebärmutterwand bei der Ausschabung (infolge ihrer besonderen Brüchigkeit); die nach der Exstirpation des Scheidentumors beobachteten Nachblutungen aus der Scheideninzision; die Rückbildung der Gebärmutter bis zur Wiederherstellung ihrer physiologischen Funktion (Menstruation); das vollständige Intaktbleiben der Scheide und die ungestörte Heilung der Kranken (10 Monate p. op.). — Daß hier eine Heilung trotz der Unvollständigkeit der ausgeführten operativen Eingriffe eingetreten ist, möchte Verf. als eine seltene Ausnahme gelten lassen von der Regel, daß die Chorionepitheliome zu den bösartigsten Neubildungen gehören, die stets in der radikalsten Weise ausgerottet werden müssen, sobald ihre Diagnose feststeht.

Der Arbeit sind drei schöne Tafeln beigegeben.

2) Frank (Olmütz). **Beitrag zur operativen Behandlung der Myome in der Gravidität.**

An der Hand von sieben eigenen Fällen bespricht F. die Operationsindikationen bei myomatösem schwangeren Uterus. Myome werden in der Schwangerschaft und im Wochenbett häufig als Nebenbefunde konstatiert und geben an sich keine Indikation zu operativen Eingriffen. Indiziert sind solche nur

a. bei Schwangeren

1) bei raschem Wachstum oder bei auftretenden Störungen der Circulation und Atmung. Wenn möglich, ist die Enukleation zu versuchen, sonst der Uterus zu entfernen.

2) Wenn anzunehmen ist, daß die Myome Ursache einer frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft sein könnten.

3) Wenn die Myome peritonitische oder Einklemmungserscheinungen im Gefolge haben.

4) Bei Myomen des Collum uteri, die von der Pars vaginalis ausgehen. (Neigung zu Gangräneszenz, schwere Wochenbettsstörung).

5) Bei polypösen Myomen.

b. Bei der Geburt kommen in Betracht

1) vaginale Operationen, und zwar Wendung und Extraktion (wenn das Myom kein besonderes Geburtshindernis ist), Perforation (totes Kind, bestehendes Fieber, Unmöglichkeit der Wendung) und Enukleation von Myomen, die von der Pars intermegia ausgehen (wenn neben dem Myom ein lebendes Kind nicht geboren werden kann);

2) Köliotomien, und zwar Enukleationen mit Abwarten der spontanen Geburt oder Sectio caesarea mit oder ohne Entfernung des Myoms resp. des Uterus durch supravaginale Amputation oder Totalexstirpation.

3) O. Nebesky (Innsbruck). **Zur Kasuistik der vom Lig. rotundum uteri ausgehenden Neubildungen.**

N. beschreibt drei von der Innsbrucker Universitäts-Frauenklinik zur Operation gekommene Fälle von Tumoren des Lig. rotund. In dem einen Falle handelte es sich um ein apfelgroßes Fibromyoma lymphangiectodes, ausgehend von dem extrapelvinen Teile des Lig. rotundum, in dem zweiten um ein faustgroßes Fibromyoma lig. rot. sin., in dem dritten um eine Hydrocele muliebris, in die das rechte Lig. rotundum übergegangen war.

Weiterhin gibt Verf. eine tabellarische Übersicht der bisher veröffentlichten Fälle von Neubildungen des Lig. rotundum. Er teilt die Fälle in zwei große Gruppen, indem er diejenigen Geschwülste, die nur Elemente der Bindegewebs- und Muskelgruppe enthielten (a. Fibrome, Myome, Fibromyome; b. Lipome; c. Sarkome), von denen scheidet, in denen auch epitheliale Bestandteile nachgewiesen wurden (a. Adenomyome, Cystofibrome; b. Dermoide).

4) O. Frankl (Wien). **Ein Fall von Kumulierung verschiedenartiger Genitaltumoren.**

Bei einer 44jährigen Pat. wurde durch Laparotomie ein linksseitiges intraligamentäres Uterusmyom, zwei cystische Tumoren, welche den linken Adnexen angehörten, von Apfel- bezw. Walnußgröße und das vergrößerte rechte Ovarium, das eine gleichmäßige, sammetartige Oberfläche zeigte, exstirpiert. Glatte Heilung.

Die größere Cyste war das verwandelte linke Ovarium und ohne bemerkenswerten Befund. Die kleinere Cyste wurde ihrer Lage zwischen den Blättern des Lig. latum nach als Parovarialcyste gedeutet. Sie ließ sich leicht ausschälen. Ihre Wand ist dünn, der Inhalt eine gelbe, schleimige Flüssigkeit. Im Innern sieht man der Cystenwand ein erbsengroßes Knötchen von weißer Farbe breitbasig aufsitzen. Die Wand der Cyste besteht aus Bindegewebszügen mit spärlich eingestreuten glatten Muskelelementen. Das Knötchen auf der Innenwand besteht fast nur aus glatten Muskelfasern. Die Oberfläche zeigt eine Reihe von Drüsenkrypten mit einschichtigem Cylinderepithel. Durch Abschnürung einzelner Drüsenmündungen ist es zur Bildung weniger Retentionscysten mit ebenfalls einschichtigem Cylinderepithel gekommen. Ein derartiges Knötchen ist bisher nirgends

beschrieben. Verf. neigt wegen dieses Befundes an dem Knötchen zu der Annahme, daß die Cyste als ein Abkömmling einer Pyosalpinx aufzufassen sei, wenn er auch die Möglichkeit, daß sie vom Epoophoron stamme, nicht von der Hand weist.

Die Untersuchung des entfernten rechten Ovariums ergab, daß es sich um eine papilläre Hypertrophie der bindegewebigen Ovarialrinde handelt. Dabei war es zur Bildung papilliformer, verzweigter Bindegewebszotten gekommen, die mit einem einschichtigen kubischen Epithel überzogen sind, das sich direkt in das Keimepithel der Ovarialoberfläche fortsetzt.

5) O. Polano (Gießen). Beiträge zur Anatomie der Lymphbahnen im menschlichen Eierstocke.

Die Untersuchungen sollen Aufschluß bringen über Ursprung und Verlauf der Lymphbahnen im Eierstocke. Verf. hat sich dabei des Injektionsverfahrens und des Experimentes bedient. Zur Injektion benutzte er eine neue, selbst bereitete Lösung von Äther, Kampfer, Preußisch-Blau mit Zusatz von Chloroform, die vor der Gerota'schen manche Vorzüge hat. Die Technik der Injektion ist die von Gerota angegebene. Wenn auch diese interstitielle Methode ein klares Bild der injizierten Bahnen gibt, so besteht doch theoretisch die Möglichkeit, daß die allerfeinsten Lymphwege dieser Methode verschlossen bleiben. Das berührt besonders die fundamentale Frage nach den Beziehungen der Lymphkapillaren zu den Saftspalten und dem Verhalten der Perithelien im Eierstocke.

Ausgehend von dem Gedanken, daß eine künstliche Stauung durch Abbinden der größeren Lymphgefäße sich bis in die feinsten Ursprungsstellen der Lymphe, soweit dieselben in direkter Kommunikation stehen, fortsetzen muß, hat Verf. entsprechende Experimente bei Hündinnen gemacht. Die ab- und zuführenden Blutgefäße wurden im Mesovarium isoliert und dann eine Ligatur unter möglichster Vermeidung der Blutgefäße angelegt, und so eine Abbindung sämtlicher abführender Lymphbahnen zu erzielen gesucht. Die Technik der Operation wird geschildert.

Sechs Ovarien von Frauen im geschlechtsreifen Alter wurden injiziert. Aus dem makroskopischen Bilde ergab sich:

Der Verlauf der Lymphbahnen ist ein radiärer, dem Hilus zustrebend, den sie in Gestalt von meist neun größeren, mit Klappen versehenen Gefäßen verlassen, um entlang den freien Rand durch das Lig. ovarico-pelvicum zu ziehen. Eine Anastomose mit dem uterinen oder tubaren Saugadersystem ist nur ausnahmsweise anzutreffen. Die Verbreitung im Ovarialinnern findet dergestalt statt, daß die Rindenschicht im allgemeinen weniger Gefäße aufweist als die Markschicht. Überall, wo in der Zona parenchymatosa Follikel oder deren Endprodukte eingeschaltet sind, findet eine Abweichung der radiären Gefäßrichtung in eine circuläre statt.

Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchungen war:

Die Ausbreitung der überall als einfache Kapillaren in die Erscheinung tretenden Lymphbahnen ist in der Rindenschicht im wesentlichen an die Peripherie der Graaf'schen Follikel und seiner Endprodukte: Corpus luteum und albicans gebunden. Als Träger dieser Bahnen ist die Tunica externa anzusprechen, während die tieferen Schichten (Interna und Granulosa) gefäßlos erscheinen. Entsprechend diesem Verhalten sind bei den physiologischen Veränderungen der Follikel nur dort Lymphbahnen anzutreffen, wo ein Eindringen vom Gewebe der Tunica externa stattfindet.

Bei den jüngeren, tiefer gelegenen Graaf'schen Follikeln findet ein circuläres, netzförmiges Umfließen derselben durch feinste Lymphkapillaren statt, während bei den oberflächlichen oder bereits prominierenden Follikeln der äußerste Teil gefäßlos erscheint.

Die Albuginea besitzt keine nach unserer Methode nachweisbaren Lymphbahnen; ebensowenig kann eine Beziehung der Saugadern zu den Primordialfollikeln festgestellt werden.

Je mehr wir uns der Zona vasculosa nähern, um so größer wird das Kaliber der Lymphbahnen. Aus dem rundlichen oder ovalären Querschnitte werden allmählich vielbuchtige, lakunäre Lymphspalten, die aber, ebenso wie die Kapillaren der Randzone, eine einfache endotheliale Wandungsstruktur aufweisen. Eine nähere Beziehung der Lymphbahnen zu den Blutgefäßen ist weder in der Mark- noch Rindenschicht nachweisbar. Es kommt öfter zu einer stellenweise vorübergehend tangentialen Berührung beider Systeme an einer Seite, nie aber zu einer wirklichen Perithelienbildung.

Die Untersuchung der Ovarien von Neugeborenen und Greisinnen ergaben keine prinzipiellen Abweichungen von dem Befunde bei geschlechtsreifen Ovarien. In der Zona vasculosa ist das Bild ein völlig gleiches; auch hier sind keine perithelähnlichen Bildungen nachzuweisen. Die Unterschiede in dem Bilde, welches die Zona parenchymatosa bei funktionsunfähigen und funktionsfähigen Ovarien bietet, erklären sich vollauf aus den physiologischen Wandlungen der Follikel und den Stromaveränderungen in den verschiedenen Lebensabschnitten. Eine Vaskularisierung der Albuginea fehlt auch hier in allen Fällen.

Die Untersuchung zweier Ovarien einer nach einem Aborte an allgemeiner Sepsis zugrunde gegangenen Frau ergab, daß Bakterien sich nicht allein an präformierte Gefäßbahnen halten, sondern daneben sich ihren eigenen Weg ins Stroma bahnen.

Die oben erwähnten Experimente wurden an zwei Hündinnen ausgeführt; als deren wesentliche Ergebnisse ist die Tatsache zu verzeichnen, daß auch im Eierstocke der Hündin eine Umscheidung der Blutgefäße durch Lymphbahnen nirgends nachzuweisen war.

Schließlich konnte noch ein operativ entfernter menschlicher Eierstock untersucht werden, der in natürlicher Weise die angestrebte Lymphstauung zeigte, da es in ihm infolge einer parovarialen Cyste zu einem erschwerten Abfluß der Lymphe gekommen war. Die Untersuchung führte zu einer Bestätigung der früher erhobenen Befunde.

Für die Frage nach dem Ursprunge der Lymphbahnen ergibt sich: Überall, wo eine Darstellung der Lymphräume im Eierstocke glückte, erschienen dieselben als Kapillarsystem von wechselnder Form, aber gleicher Struktur. Der Nachweis einer direkten Kommunikation mit den Bindegewebsspalten konnte nirgends erbracht werden.

Hinsichtlich der Beziehungen der Blutbahnen zu den Lymphgefäßen ist zu sagen: Weder beim menschlichen noch beim tierischen Eierstocke konnte eine Einscheidung der Blutgefäße durch die Lymphbahnen festgestellt werden. Es erscheint daher angebracht, den Begriff der Perithelien in der Anatomie und Pathologie der Ovarien fallen zu lassen.

6) N. Kolomenkin (Moskau): Zur Frage über die operative Behandlung der Uterusruptur.

K. berichtet zunächst über fünf Fälle von Uterusruptur, die aus einer benachbarten Gebäranstalt in das Alt-Katharinenspital eingeliefert und operiert wurden und sämtlich genasen. Die angewandten Operationsmethoden waren dreimal Exstirpatio uteri totalis abdominalis, einmal Porro und einmal Exstirpatio uteri totalis vaginalis.

Die Hauptgefahren der Uterusruptur sind Blutung und Sepsis. Wie weit sie lebensbedrohend sind, erkennt man am besten aus den Fällen von Uterusruptur, in denen keine Therapie angewandt wurde. Von den 70 einschlägigen Fällen der Klien'schen Statistik starben 49 = 70% an Verblutung und Sepsis, und von diesen 49 63% an Verblutung, 37% an Sepsis. Meist führt nicht die primäre Blutung zum Tode, sondern erst eine sekundäre, die oft erst durch die Entbindung oder therapeutische Manipulationen angeregt wird.

Die Infektion ist bei Uterusruptur von vornherein sehr wahrscheinlich, und es müssen ganz besonders günstige Verhältnisse vorliegen, um einen Fall von Uterusruptur vor Infektion bewahrt zu sehen.

Die rationelle Therapie hat die primäre und sekundäre Blutung, die ausgesprochene und latente Infektion zu bekämpfen. Zu ersterem Zweck muß man alle blutenden Gefäße unterbinden, zum zweiten die infizierte Wunde, wenn möglich das infizierte Organ, eliminieren, alles Infizierte entfernen und das, was zurückbleibt, exakt drainieren. Demnach ist die Exstirpatio uteri total. abdominal. mit Drainage nach der Scheide zu das rationellste Verfahren. Verf. bespricht dann die verschiedenen anderen in Betracht kommenden Operationsverfahren in ihren Beziehungen zu den Aufgaben der Therapie, der Blutstillung und der Bekämpfung der septischen Infektion, weiterhin die Wahl der zweckmäßigsten Entbindungsverfahren.

Dann unterwirft K. die Klien'sche Statistik einer eingehenden Kritik. Sie gibt keinen Aufschluß über den Erfolg der verschiedenen Behandlungsmethoden, da nur Zahl der Todesfälle, Todesursache, die Zeit des Todes angegeben werden, aber keine weitere Analysierung des Zusammenhanges der Resultate mit der Art des Eingriffes. K. hat in dieser Hinsicht eine Nachprüfung des Klien'schen Materiales vorgenommen, um den Wert der verschiedenen Operationsverfahren gegenüber dem konservativen Verfahren festzustellen. Ebenso unterzieht er die von Schroeder und Schmidt gegebenen Statistiken einer kritischen Besprechung.

Zum Schluß gibt er eine lückenlose Zusammenstellung von 140 Fällen, in der alle, sowohl günstige wie ungünstige, unter denselben Bedingungen und in denselben Anstalten beobachteten Fälle enthalten sind. (Es sind das die Fälle von Braun, Deckner, Tauffer, Ludwig, Schmidt, Varnier, Draghiesco, Franz und Verf.) Aus der Vergleichung der gewonnenen Zahlen ergibt sich, daß der Erfolg beim operativen Verfahren (53% Heilung) ein bei weitem größerer ist als beim konservativen (39% Heilung).

Verf. stellt folgende Sätze auf: Es gibt keinen tatsächlichen und prinzipiellen Unterschied zwischen kompletten und inkompletten Rupturen. Sowohl vom theoretischen als auch vom realen Standpunkte aus gibt die Operation bei Uterusruptur ein bei weitem besseres Resultat als das konservative Verfahren. Es muß demnach letzteres überall da, wo die äußeren Verhältnisse es erlauben, zugunsten der Operation verworfen werden. Die Köliotomie mit Naht des Risses verschlechtert bis jetzt noch die Resultate des operativen Eingreifens in sehr bedeutender Weise und soll nur angewandt werden, wenn Uterushöhle und Wunde des Uterus als aseptisch angesehen werden können. Die Exstirpatio uteri totalis mit Drainage nach der Scheide hat die besten Resultate aufzuweisen. Es folgt daraus keineswegs, daß diese Methode allein angewandt werden muß; auch die Naht, die Exstirpatio per vaginam, wie auch Porro haben ihre, wenn auch mehr eingeschränkte Indikationen. Nicht nur das möglichst schnelle operative Eingreifen nach der Ruptur, sondern auch die Wahl des geeigneten Operationsverfahrens versprechen eine immer steigende Verbesserung der Operationsresultate. Wo die Grenzen dieser Verbesserung liegen, kann nur die Zukunft zeigen.

7) S. Pissemski (Kiew). Zur Anatomie des Plexus fundamentalis uteri beim Weibe und bei gewissen Tieren.

Zum Studium des Plexus fundamentalis uteri wurden Uteri erwachsener Frauen im nichtschwangeren und schwangeren Zustande, die von Kindern in verschiedenem Lebensalter, von Kätzchen, Hündinnen und Meerschweinchen, im ganzen ungefähr 50 Objekte, untersucht. Die Untersuchungsmethode wird angegeben.

Verf. gibt nur eine vorläufige allgemeine Übersicht über den anatomischen Charakter des Plexus an der Hand von dreien seiner Präparate und stellt folgende Sätze auf:

1) Bei der Frau und bei den untersuchten Tieren existiert nicht das Ganglion cervicale im Sinne J. Walter's, R. Lee's und Frankenhäuser's.

2) Zu beiden Seiten des Collum uteri, in der Gegend, wo die weiter oben erwähnten Autoren das Ganglion cervicale beobachteten, findet man ein Nervengeflecht (doppelseitig), reich an zerstreuten Ganglien (Tiedemann, Moreau, Jastreboff, Rein).

3) Dieser Plexus setzt sich zusammen aus Nervenbündeln vom 2., 3. und

4. Sakralnervenpaare (cerebrospinales System) und aus Zweigen vom Plexus hypogastricus und sympathicus (sympathisches Nervensystem).

4) An der Durchkreuzungsstelle der Nervenbündel und in ihrem Verlaufe finden sich in diesem Plexus zahlreiche gangliöse Anhäufungen von Nervenzellen. Viele dieser Ganglien sind von makroskopischer Größe, andere, aus einigen Zellen bestehend, sind nur mit Hilfe des Mikroskops wahrzunehmen.

5) Diese Ganglien bilden zusammen mit den Nervenbündeln den gesamten sympathischen Plexus des Beckens. Der Verteilung und Lokalisation ihrer Verzweigungen nach können diese Ganglien als uterine, vesikale, vaginale und rektale bezeichnet werden.

6) Der Charakter des Plexus und die (makroskopische) Größe der Ganglien sind die gleichen im graviden wie im nicht graviden Uterus.

7) Wir gedenken dem hier beschriebenen Plexus die Bezeichnung Plexus nervosus fundamentalis uteri zu lassen, nach Analogie mit anderen Organen mit glatten Muskelfasern (Rein). **Reifferscheid** (Bonn).

Schwangerschaft.

9) **L. Frank.** Fibroide Tumoren und Schwangerschaft.

(Med. age 1902. Nr. 17.)

F. berichtet über 7 Fälle von Komplikation der Schwangerschaft durch Uterusfibrome. In dem ersten war die Gravidität vor der Köliotomie nicht diagnostiziert. Sie wurde erst während der Operation entdeckt. Da letztere schon zu weit vorgeschritten war, wurde der Uterus exstirpiert. Da alle Tumoren subserös am Fundus saßen, so ist F. der Ansicht, daß hier bei abwartendem Verhalten die Schwangerschaft wahrscheinlich ihr normales Ende erreicht hätte. Bei einer zweiten Pat., welche noch in Beobachtung, trat erst nach eingetretener Gravidität ein Fibrom der vorderen Wand in Erscheinung. Da es aber mit dem Uterus nach oben stieg, wurde von einer Operation abgesehen. In einem dritten Falle trat eine Woche p. part. stinkender Ausfluß ein; es gingen per vag. nekrotische Massen ab. Ausschälung der Tumorreste; Gazetamponade des Uterus. Tod nach 48 Stunden an Sepsis.

Bei einer vierten Pat. war vom Verf. die richtige Diagnose gestellt. Ein anderer Arzt exstirpierte den apfelsinengroßen Tumor. Die Kranke genas, abortierte aber später und ging dann an Puerperalfieber zugrunde. In einem fünften Falle litt die Kranke an äußerst profusen Blutungen, von einem kleinen Schleimpolypen der Cervix ausgehend. Derselbe wurde mit der Schere abgetragen. Die Schwangerschaft nahm ihren ungestörten Verlauf. Von anderer Seite war die Diagnose auf inkompletten Abort gestellt. Bei einer weiteren Pat. wurde während der Geburt ein weicher, die Scheide ausfüllender Tumor gefunden, hinter ihm der Kopf. Letzterer trieb den ersteren vor die Vulva, worauf die Entbindung vor sich ging. Erst später wurde das gestielte Fibrom ligiert und abgetragen. Interessant ist der letzte Fall, in welchem bei jeder Geburt Querlage konstatiert wurde. Erst bei oder richtiger nach der zweiten fand sich ein linksseitiges, bis zum Nabel reichendes Fibrom. In den Wochenbetten, welche normal verliefen, verkleinerte sich der Tumor, um in der Schwangerschaft wieder zu wachsen.

F. spricht sich am Schluß warm dafür aus, bei dieser Komplikation das normale Schwangerschaftsende abzuwarten und, falls die Geburt auf natürlichem Wege sich unmöglich erweist, die Sectio caesarea zu machen. Die kindliche Mortalität berechnet er hierbei nur auf 5, die mütterliche nicht über 10%.

Graefe (Halle a/S.).

10) **Goebel** (Worms). Schwangerschaft, kompliziert mit Portiokarzinom.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

Es handelte sich um einen Fall von Portiokarzinom im sechsten Schwangerschaftsmonat. Die Operation zur Entfernung des Uterus wurde, um die Portio

möglichst im gesunden von der Scheide loszutrennen, zuerst vaginal begonnen und dann abdominal beendet. Zur Vermeidung einer Infektion der Bauchhöhle durch die durchziehende Portio bei der abdominellen Entfernung des Uterus wurde die Portio mit einer sterilen Serviette fest umbunden. Glatte Heilung.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

11) **E. Condamin** (Lyon). Ovariencyste und Schwangerschaft.

(Lyon méd. 1902. Juni 29.)

1. Fall. Pat. fiel in ihrer zweiten Schwangerschaft nur die unverhältnismäßige Ausdehnung ihres Leibes auf, da aber weitere eigentliche Beschwerden ausblieben, kam es nicht zu ärztlicher Untersuchung und Diagnose. Nach einer normalen Geburt blieb der Leib dick; am Tage danach stellten sich heftige Leibschmerzen ein mit Erbrechen und Temperaturen bis 39,5. In der rechten Seite des Abdomen wird ein bis zur Leber reichender, cystischer Tumor konstatiert und die Diagnose auf Entzündung desselben mit oder ohne Stieldrehung gestellt. Operation wegen Nähe der Geburt, schlechtem Allgemeinzustand und Bronchitis erst 16 Tage p. p. Die Cyste, blau und brüchig, ist mit der ganzen Bauchwand, Därmen, und zum Teil mit der konkaven Leberfläche verwachsen. Nach dem Becken zu wenig oder keine Adhäsionen. Stiel sehr gespannt aber nicht torquiert; dieser wird nun zuerst versorgt und dann die Cyste von unten nach oben losgelöst, wobei an der Leber einige Teilchen der Cystenwand belassen werden mußten. Mikulicz nach unten und oben. Heilung.

Im zweiten Falle traten am Tage nach der ganz normal verlaufenen Geburt, starke peritonitische Erscheinungen auf. Es wurde Ovarientumor mit Stieldrehung angenommen, aber doch erst nach einem Monate, nachdem das Fieber (bis 39,3) sich ermäßigt und die genitale Rückbildung vor sich gegangen, gemacht. Der Leib hatte etwas abgenommen, aber es bestand markante Dämpfung vom Becken bis zur Leber. Kolloide Massen im Abdomen, die Cyste hat mehrere Rupturen und zahlreiche Adhäsionen mit Darm, Epiploon und besonders an der unteren Leberfläche. Auch in diesem Falle mußten ebendort Stücke der Tumorenwand zurückgelassen werden; Mikulicz nach dem Becken hin. Heilung.

Beide Kranke hatten bis mehrere Monate p. o. keine Eventration; die Rezidivgefahr von den zurückgelassenen Resten der Cystenwand aus bleibt freilich bestehen.

Die Adhäsionen an der Leber waren in beiden Fällen sehr fest und resistent, gegenüber den anderen, wohl jüngeren. Der zerreißliche Zustand beider Cystenwandungen beruht auf Circulationsstörungen durch Zug nach unten (Uterusrückbildung) an der oben straff angehefteten Cyste. Zur Differentialdiagnose zwischen Leberadhäsionen und Stieltorsion (kann erst p. p. gestellt werden), läßt sich nach Verf. die oben in die Leber übergehende Dämpfungsfigur verwerten. Bei großer Brüchigkeit der Cystenwandungen und starker Neigung zu Hämorrhagien empfiehlt Verf. gerade für diese Fälle als wesentliche Erleichterung die Cyste erst unten mobil zu machen.

Die geschilderten 2 Fälle illustrieren dringlich genug die Notwendigkeit, jede Ovariencyste in der Gravidität schon lieber je eher je besser zu entfernen.

Zeiss (Erfurt).

12) **Paddock** (Chicago). Die Hygiene in der Schwangerschaft.

(New York med. journ. 1902. Juni 21.)

Unter anderem spricht sich die Arbeit gegen die schlechte Ausbildung der Hebammen in Amerika aus, die, gänzlich ungebildet, von Asepsis und Antisepsis keine Ahnung haben. Ebensowenig haben dieselben ein Verständnis für hygienische Maßregeln, die während der Schwangerschaft zu ergreifen sind.

G. Frickhinger (München).

13) **Frederick** (Syrakuse, N. Y.). Die Hygiene der Schwangerschaft.

(Med. record 1902. Juli 19.)

Häufige Untersuchungen während der Schwangerschaft werden hier gefordert. Außerdem bezieht sich die Hygiene der Schwangerschaft sowohl auf die all-

gemeine Körperpflege als besonders auf die Pflege der Brüste. Der Beginn der Hygiene der Schwangerschaft fällt aber in das Kindesalter, wo der Grund kräftiger Konstitution und normaler Entwicklung gelegt werden soll. Die Nachteile der modernen Civilisation kommen hier besonders zum Ausdruck. Die Frau soll sich wieder auf sich selbst besinnen und zu einer richtigen Würdigung ihrer geschlechtlichen Funktionen gelangen. **G. Frickhinger** (München).

14) **E. Lüdden.** Irrtümer bei der Diagnose der Schwangerschaft im vorgerückten Stadium.

Inaug.-Diss., Marburg, 1901.

L. hat es sich zur Aufgabe gemacht, an einer Reihe von interessanten Beobachtungen, die zum Teil der kgl. Frauenklinik zu Marburg entstammen, zum Teil aus der Literatur entnommen wurden, den Nachweis zu erbringen, wie es möglich ist, daß auch geübten Untersuchern und erfahrenen Praktikern Irrtümer in der Diagnose der Schwangerschaft in vorgerücktem Stadium unterlaufen können. **R. Biermer** (Wiesbaden).

15) **Jewett** (New York). Bemerkungen zur Frühdiagnose der Schwangerschaft.

(Med. news 1902. Mai 10.)

Verf. schlägt den praktischen Wert des Hegar'schen Schwangerschafts-Zeichen nicht sehr hoch an. Höher jedoch eine Erscheinung, die man in der fünften oder sechsten Woche antrifft, nämlich eine Verschiedenheit in der Konsistenz des Isthmus uteri. Die mittleren Teile dieser Partie fühlen sich weicher an als die seitlichen. Es rührt das her von der weichen Decidua, in deren Bereich die Konsistenz der Uteruswand herabgemindert erscheint.

Sehr wichtig ist auch die verschiedene Konsistenz des Corpus uteri, welche so lange besteht, als das Ei die Uterushöhle nicht vollkommen ausfüllt. Doch bestehen Meinungsverschiedenheiten, ob sich die Partie, wo das Ei sitzt, weicher anfühlt oder umgekehrt. **G. Frickhinger** (München).

16) **Marx** (New York). Maligne Erkrankungen während der Schwangerschaft.

(Med. record 1902. Mai 24.)

Bei Uteruskarzinomen in der Gravidität ist die möglichst frühzeitige Diagnose noch wichtiger als im nicht schwangeren Zustande. Denn unter dem Einfluß der Auflockerung der Teile ist das Wachstum des malignen Tumors ein viel rascheres. Der Verf. verbreitet sich dann über die verschiedenen Wege der Behandlung.

Bei maligner Erkrankung anderer Organe während der Gravidität kommt es darauf an, ob die letztere den Zustand der Kranken gefährdet. In diesem Falle ist die Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt.

Zwei Fälle werden zur Illustration des Gesagten mitgeteilt.

G. Frickhinger (München).

17) **U. E. Emmet** (Yew York). Gutartige Tumoren in der Schwangerschaft.

(Med. record 1902. Mai 24.)

Die Arbeit zählt sehr vollständig alle Hindernisse auf, welche — entweder von Natur aus schon Geschwülste oder durch ihre Wirkung gleichbedeutend mit solchen — den Geburtsverlauf störend beeinflussen können. Ascites, Echinokokkuscysten, Milztumoren, Wandernieren, Verzerrungen und Verlagerungen der Blase, Blasensteine, Verlagerung der Gebärmutter in Inguinalhernien, Geschwülste der Bartholin'schen Drüse, Hämatome, Anhäufung von Kotmassen, Exostosen werden der Reihe nach durchgesprochen.

Besonders eingehend sind schließlich Ovarialtumoren und Myome der Besprechung unterzogen. Der Verf. deponiert seinen Standpunkt in der Behandlung solcher die Schwangerschaft komplizierenden Geschwülste, welcher nach dem Alter der Pat. und der Zeit der Schwangerschaft sowie der Lage des Tumors verschieden ist. **G. Frickhinger** (München).

18) **Ayeres** (New York). Verlagerungen des Uterus in der Schwangerschaft.

(Med. record 1902. Mai 24.)

Verf. teilt diese Verlagerungen nach ihren Ursachen in drei Gruppen:

1) Verlagerungen, die ihre Ursache im Uterus selbst haben.

2) Verlagerungen, die durch Adhäsionen bewirkt werden.

3) Verlagerungen durch Geschwülste in der Umgebung des Uterus und durch Hernien.

Ganz interessant spricht er jede einzelne Anomalie durch.

G. Frickhinger (München).

19) **Bruas.** Über Schwangerschaft bei hysterischen, geisteskranken und an allgemeiner Paralyse leidenden Frauen.

(Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1902. Nr. 70.)

Der Einfluß der Schwangerschaft auf Geisteskrankheiten ist nach der Ansicht des Verf. nicht so schlimm, wie allgemein geglaubt wird.

Die Schwangerschaft übt auf vorhandene Epilepsie oft keinen oder nur geringen schädlichen Einfluß, meistens wirkt sie günstig ein. Sie vermindert oft die Häufigkeit und Intensität der Fälle.

Diese günstige Beeinflussung dauert nur während der Gravidität und hört nach derselben auf.

Die epileptischen Anfälle sind während der Geburt selten und können, wenn sie eintreten, leicht mit eklamptischen Anfällen verwechselt werden.

Die Hysterie wird durch die Gravidität meist günstig beeinflußt. Bei einer Pat., die gleichzeitig an Epilepsie und Hysterie litt, stellte Verf. fest, daß die Epilepsie sich verschlimmerte, während die hysterischen Erscheinungen zurückgingen. Auch hier ist die Besserung nur an die Zeit der Schwangerschaft gebunden. Die Hysterie beeinflußt umgekehrt die Schwangerschaft im ungünstigen Sinne. Es treten die verschiedenartigsten nervösen Erscheinungen auf, Onmachtsanfälle, unstillbares Erbrechen, so daß oft vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig wird.

In den Fällen von heilbarer Psychose übt die Gravidität meist keinen, selten einen schlimmen Einfluß aus. Bei Kranken mit Manie verursacht die Schwangerschaft oft einen Zustand der Ruhe und Geisteslichte. Diese Besserung ist jedoch nur vorübergehend. Schwangerschaft und Geburt haben meist normalen Verlauf.

Kranke, welche an allgemeiner Paralyse leiden, sind durchaus nicht immer steril, wie oft behauptet wird. Die Gravidität und die Geburt üben meist einen günstigen Einfluß auf die Erkrankung aus, indem die Beschwerden zeitweise vermindert werden. Die Schwangerschaft und besonders die Geburt ist meist so schmerzlos, daß die Kranken selbst die Geburt eines gut entwickelten Kindes fast nicht verspüren. **Rech** (Trier).

20) **A. Bruce** (Edinburg). Bluterguß ins Rückenmark während der Schwangerschaft.

(Scottish med. and surg. journ. 1902. August.)

Eine 31jährige Hökerin, die bereits sieben Kinder lebend geboren hat, steht im sechsten Monat ihrer achten Gravidität. Von Beginn an hat sie viel gebrochen und stark an Gewicht abgenommen. Am 31. Oktober 1901 fühlt sie plötzlich beim Brechen ein äußerst schmerzhaftes, schneidendes Weh um die Brust und hat das Empfinden, als ob etwas gerissen wäre. Mit über den ganzen Körper

zuckenden Schmerzen und heftigem Schwindel fällt sie zu Boden. Aus den weiteren, in der Arbeit ausführlich detaillierten Symptomen wird die Diagnose einer Blutung ins Rückenmark gestellt. Die unteren Extremitäten blieben gelähmt; der ganze Rumpf, von etwa unter den Brustwarzen an, sowie beide unteren Extremitäten sind unempfindlich gegen Berührung, Schmerz und Temperaturunterschiede. Außerdem bestand paralytische Urinretention, Konstipation und starke Dyspnoë. Bald entwickelte sich Decubitus am Sacrum, Trochanterengegenden, Fersen und Ellbogen; die Ernährung machte wegen Fortdauer des Brechens erhebliche Schwierigkeiten. Am 14. Dezember, also 6 Wochen nach dem Bluterguß, wurden, beide in Steißlage, Zwillinge geboren, ohne daß die Pat. auch nur die geringste Empfindung dabei hatte, geschweige denn Schmerzen; einer ganz spontan, der andere mußte entwickelt werden. Es hatte auch nicht die Spur selbsttätiger Beihilfe durch die Bauchpresse stattgefunden. Nach weiteren vier Wochen elenden Siechtums starb Pat. Die Autopsie ergab einen tubulären Bluterguß vom sechsten Cervical- bis ersten Lendenwirbel. Sechs andere Fälle sind aus der Literatur mitgeteilt. **Zeiss** (Erfurt).

Verschiedenes.

21) F. Kleinhans (Prag). Erfahrungen über die abdominale Radikaloperation des Uteruskarzinoms.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 48—51.)

Die unbefriedigenden Dauererfolge der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses und die neuerdings gewonnene Erkenntnis, daß das Karzinom, besonders des Collums, schon frühzeitig die Grenzen der Gebärmutter überschreitet, haben zur Einführung von Operationsmethoden geführt, welche den so häufigen Rezidiven durch möglichst weitgehende Exstirpation der nächsten Einbruchstätten des Karzinoms: der angrenzenden Zellgewebspartien und des zugehörenden Lymphapparates in großer Ausdehnung entgegen zu wirken. Von diesen erweiterten Operationsmethoden bevorzugt K. (wie bereits in Karlsbad berichtet; Zentralblatt für Gynäkologie 1902 Nr. 43) die Wertheim'sche abdominale Radikaloperation, die er in 32 Fällen mit nur 3 Todesfällen ausgeführt hat. In Bezug auf die Technik ist eine Hauptbedingung die Herstellung einer besonders guten Beckenhochlagerung; die Wertheim'sche Methode bietet eine gute Freilegung des Operationsfeldes und ermöglicht sehr gut das Freilegen der Ureteren, zu deren Auffindung K. die Peristaltik des Ureters als ein gutes Kennzeichen, besonders bei reichlichem subserösem Fettgewebe, hervorhebt. Diese Freilegung ist nicht immer leicht, da sowohl bei entzündlicher, wie karzinomatöser Infiltration der Ureter relativ früh an die Cervixwand fixiert wird; eine planmäßige Schonung der den Ureter versorgenden Blutgefäße ist nicht immer möglich; wichtiger ist sicher die schonende Behandlung des Ureters, indem man derberes Quetschen und Ziehen vermeidet. In keinem einzigen der 32 mitunter recht schwierigen Fälle ist eine Ureterverletzung zustande gekommen, auch in den 3 Todesfällen erwiesen sich bei der Sektion die Ureteren unverletzt. Die Hauptgefahr bildet die Infektion sie kann zustande kommen: 1) durch Übertragung von septischem Materiale aus dem Karzinomherd während der Operation aufs Peritoneum oder das Beckenbindegewebe, in letzterem Falle Infektion mit subperitonealer Phlegmone, 2) durch Verletzung von Blase oder Ureteren mit folgender partieller Nekrose. Infolge Zersetzung des Residualharns tritt dann leicht Cystitis, Pyelitis etc. ein. 3) Infektion von außen bei langer Dauer der Operation. Zur Verhütung der septischen Infektion vom Karzinom aus wurde empfohlen 1) Verschluß des Bauchfells über dem Uterus nach beendeter Auslösung von Parametrien und Drüsen und nachherige Entfernung des Uterus per vaginam, ein Verfahren, welches wegen mehrfacher Unzukömmlichkeiten wenig Anwendung findet; 2) gründliche Auslöffelung und Verschorfung des Karzinoms wird von den meisten Operateuren geübt; 3) Abklem-

mung der Scheide unterhalb des Karzinomherdes (nach Ausräumung der Parametrien) von der Bauchhöhle aus mittels rechtwinklig gebogener Klemmen und Abtrennung unterhalb derselben. Auch die letztgenannte Methode ist für sich allein nicht sicher, da es unvermeidlich ist, daß der Uterus im Laufe der Operation vielfach gedrückt wird und sich Partikeln des Karzinoms auf der Scheidenwand verschmieren, wodurch Übertragung auf das Peritoneum oder Paracystium beim Eröffnen der Scheide möglich werden kann. K. empfiehlt daher eine Kombination beider Verfahren als sicheres Vorgehen. Der vaginale Teil der Operation wird mit Kondomgummihandschuhen ausgeführt; bei Kollumkarzinom hat K. in einigen Fällen die Excisio colli nach Sänger mittels Paquelin vorgenommen. Bei sicherer Ausschaltung der Infektion vom Karzinomherde her werden auch die öfter (hier in 4 Fällen) vorgekommenen Bauchdeckeneiterungen leichter vermieden werden. Die von Krönig angegebene Blasenraffung (in 5 Fällen angewendet) scheint durch Verkleinerung des subserösen Raumes von Vorteil zu sein, ein sicheres Urteil kann jedoch noch nicht abgegeben werden. Wichtig ist auch, ein gehöriges Stück Scheide mitzunehmen. — In allen Fällen wurden die Drüsen, wenn tastbar, mit entfernt, 19mal fanden sich eine oder mehrere Drüsen vergrößert, karzinomatös waren die Drüsen in 28%. In einem Falle wurden bei der Sektion auch Gland. ing. int. karzinomatös gefunden, ihre Aufsuchung ist deshalb stets vorzunehmen. Nur in einem Falle fanden sich cystische, nicht karzinomatöse Einschlüsse in einer Drüse. Die Morbidität der abdominalen Radikaloperation ist größer als nach vaginaler Totalexstirpation. Cystitis, Entzündungen im Beckenzellgewebe etc. machten sich öfter unangenehm bemerkbar, dürften aber bei weiterer Vervollkommnung sich einschränken. Die 3 Todesfälle hatten als Ursachen: Pyämie durch subseröse Phlegmone, augenscheinlich durch Infektion vom Karzinomherde aus; Peritonitis infolge Zerfalles eitrig erweichter Iliacaldrüsen während der Operation, nekrotisierende Cystitis mit Pyelonephritis nach partieller Resektion der karzinomatösen Blase. Genaue Indikationsgrenzen abzustecken ist derzeit nicht möglich, da häufig eine Inkongruenz zwischen klinischem und anatomischem Befunde besteht. Über die Dauererfolge wird die Zukunft entscheiden.

Piering (Prag).

22) H. Szász (Budapest). Kombination von Krebs und Tuberkulose im Uterus.

(Klinisch-therapeut. Wochenschrift 1902. Nr. 46.)

Bei einer 30jährigen Nullipara mit beiderseitiger Infiltration der Lungenspitzen fand sich an der vorderen Muttermundslippe eine auf Karzinom verdächtige Erosion; die Probeexzision ergab Krebs. Das übrige Genitale anscheinend normal. Totalexstirpation des Uterus in Medullaranästhesie. Das Endometrium verdickt, mit Detritus bedeckt und ergab unter dem Mikroskop das typische Bild der Tuberkulose. Die ganze Cervix, besonders die Umgebung des Karzinomknotens in der vorderen Muttermundslippe frei von Tuberkeln oder Riesenzellen.

Die Kombination beider Prozesse ist eine zufällige. Die Infektion des Endometriums dürfte auf hämatogenem Wege entstanden sein. **Keitler** (Wien).

23) G. Woyer (Wien). Geburtsstörung durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis.

(Wiener med. Presse 1902. Nr. 52.)

Bei einer 26jährigen Ipara machte die Geburt trotz viertägiger Wehen keine merkbaren Fortschritte. Als W. vom behandelnden Arzte zugezogen wurde, fand er den Schädel tief im Becken stehend und, demselben dicht anliegend, den stark gespannten Cervixteil. Der Muttermund weit nach hinten stehend, für einen Finger durchgängig, scharf gespannt. Die digitale Erweiterung mißlang. Das ganze Gewebe in der Umgebung des Muttermundes sehnig glänzend; nach vorn zu mehrere sehr derbe Leisten von letzterem ausgehend. Temperatur 38,7, Puls 120. Blase vor 48 Stunden gesprungen. Kontraktionsring fast in Nabelhöhe. Kind

lebend. Vierstrahlige Hysterostomatotomie; nach einigen kräftigen Wehen Entwicklung eines lebenden Kindes mit der Zange.

Nach einigen Tagen trat beim Kinde Pemphigus lueticus auf. Der Gatte hatte $3^1/_2$ Jahre vor der Verheiratung Syphilis acquiriert und noch $^1/_2$ Jahr vor der Hochzeit an luetischen Geschwüren im Halse gelitten, die Frau selbst soll 5 Wochen nach der Hochzeit an einem Geschwür an der Portio erkrankt sein. W. rät dazu, luetische Affektionen an der Portio wegen event. Geburtsstörungen energisch, event. mittels Plastik zu behandeln. **Keitler** (Wien).

24) **L. Kleinwächter** (Czernowitz). Zur retrospektiven Betrachtung der Alexanderoperation.

(Wiener med. Presse 1902. Nr. 49.)

K. glaubt, daß die Alexander'sche Operation nur dann einen Dauererfolg haben kann, wenn jene Momente nach erfolgter Operation ausgeschaltet werden können, die eine neuerliche Überdehnung und Auszerrung der Ligg. rot. hervorrufen. Er geht hierbei von folgender Beobachtung aus: In seine Behandlung kam eine Frau, bei welcher Portioamputation und Alexander'sche Operation ausgeführt worden war — offenbar wegen Retroflexion des hypertrophischen Uterus. Letzterer lag nach der Operation wieder retrovertiert und war metritisch verändert — es hatte somit die Operation bezüglich der Metritis keinen Erfolg erzielt und der schwere Uterus hatte die Ligg. rot. gedehnt und war so wieder nach rückwärts gesunken. **Keitler** (Wien).

25) **Falk.** Intra-uterin-Pessarien.

(Therapeutische Monatshefte 1902. Dezember.)

F. erhebt Einspruch gegen die Empfehlung der intra-uterinen Pessarien und des Obturators im Septemberheft der Therapeutischen Monatshefte. Abgesehen, daß die Intra-uterin-Pessare stets große Gefahren mit sich bringen, so ist auch die Erfüllung des Zweckes der Behandlung, die Verhütung einer Schwangerschaft, eine durchaus ungewisse. Es wirkt nicht als Prophylaktikum gegen Gravidität, sondern als Abortivum. Der federnde Obturator ist enorm gefährlich, hat dem Autor auch schon eine Strafe wegen fahrlässiger Körperverletzung eingebracht.

Die intra-uterinen Eingriffe sollten überhaupt nicht so leicht genommen werden und sind, z. B. Abortausräumung und Curettage poliklinisch angewendet, ganz zu verwerfen.

Verf. hat zwei Frauen danach an septischen Erkrankungen zugrunde gehen sehen. **Witthauer** (Halle a/S.).

26) **Harsha** (Chicago). Eileiterschwangerschaft.

(Annals of surgery 1902. März.)

H. berichtet in der Chicago Surg. Society über einen operierten Fall von Eileiter-Schwangerschaft bei einer Frau, welche nach einem Abort chronische Endometritis gehabt hatte. Einmaliges Ausbleiben der Menstruation, dann 10 Tage vor der Zeit der nächsten Menstruation Blutung mit häutigen Fetzen, welche 11 Tage lang ununterbrochen anhielt, ehe man den Verf. zu Rate zog. Dabei traten anfallsweise heftige Schmerzen auf, welche immer stärker wurden und besonders in der rechten Seite ihren Sitz hatten. Dort fühlte man von der Scheide aus eine Geschwulst, so daß die Diagnose leicht zu stellen war. Bauchschnitt in der Mittellinie, was sich als sehr vorteilhaft erwies, da zahlreiche Verwachsungen vorhanden waren und die Operation von der Scheide aus sehr erschwert hätten. Rasche Herstellung. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE
herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 25. **Sonnabend, den 20. Juni.** **1903.**

Inhalt.

I.

Die Abhängigkeit der Hyperemesis gravidarum von Hysterie.

Von

B. Feinberg in Petersburg.

Die erneute Erörterung und Kritik der verschiedenen Theorien über die Ursache der Hyperemesis gravidarum dürfte eigentlich nur dann erhoben werden, wenn zur Klärung der bis heute noch in Dunkel gehüllten Frage etwas Beweisendes gebracht werden könnte. Wie schwer das aber gerade bei dieser Frage ist, dürfte bekannt sein. Wenn der langjährige Praktiker seine diesbezüglichen Anschauungen auf zwei bis drei Beobachtungen basieren muß, und das ist meist der Fall, denn die schwere, lebensgefährliche Form, um die es sich zumeist handelt, ist eine seltene Erscheinung, so ist dieses Material zu allgemeinen Schlußfolgerungen oder Aufstellung neuer Theorien unzulänglich. Wenn trotzdem wir die oben besagte

Theorie einer Beleuchtung unterziehen, so ist es mehr das praktische Interesse, welches uns dazu veranlaßt, denn praktisch von höchster Bedeutung ist die Ätiologie der Hyperemesis, weil sie, wie selten bei einem anderen Leiden, die Therapie beeinflußt.

Wie bewußt wurde die Hyperemesis gravidarum — oder nach Horwitz: Vomitus gravidarum perniciosus — von Erosionen der Portio, Endometritis, Metritis, Ante- und Retroversionen, Flexionen, Zerrung der Eierstöcke, übermäßige Dehnung der Gebärmutter abhängig gemacht. Seltener ist sie Magen- und Darmerkrankungen, individueller Idiosynkrasie, erhöhter nervöser Reizbarkeit durch Veränderung in der Blutbeschaffenheit, psychopathischem Zustande zur Last gelegt worden. Mit nur geringen Ausnahmen suchten die meisten Beobachter nach pathologisch-anatomischen Ursachen, und zumeist im Bereiche der Genitalien.

Dieses ließe sich beispielsweise auch durch den Meinungsaustausch illustrieren, der am 28. März 1890 in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin[1] durch den Vortrag von N. Flaischlen[2]: »Über Hyperemesis gravidarum« hervorgerufen wurde. »Die Zeit«, sagt Flaischlen, »ist hoffentlich nicht zu fern, in der über die Ätiologie der Hyperemesis Klarheit hervorgerufen wird. Sie wird erreicht werden durch eine möglichst große Zusammenstellung von genauen Beobachtungen, welche durch pathologisch-anatomische Befunde möglichst gestützt sind.«

Und wirklich lag die Zeit nicht zu fern, denn schon im Oktober desselben Jahres und in derselben Gesellschaft suchte Kaltenbach[3] in die Ätiologie der Hyperemesis gravidarum Klarheit zu bringen, aber durch Anschauungen, die denjenigen, die noch vor kurzem sich an dieser Stelle kundgaben, direkt zuwider liefen.

Kaltenbach meinte: »Erkrankungen von Magen, Darm, Nieren, Sexualorganen, sowie gewisse Intoxikationen, welche auch außerhalb der Schwangerschaft zu Erbrechen führen, müssen durchaus von dem Begriffe der Hyperemesis gravidarum ausgeschaltet werden«. »Für die Hyperemesis gravidarum im engeren Sinne ist nun aber gerade das charakteristisch, daß wir selbst bei tödlichem Verlaufe der Erkrankung keinerlei konstante oder tiefgreifende Veränderungen in irgend einem Organe nachweisen können.« Hiernach kann nach Kaltenbach die Hyperemesis gravidarum nur »einer krankhaften Disposition des Nervensystems« zugeschrieben werden, und »sei es auffallend, daß bis jetzt noch Niemand die Hyperemesis gravidarum direkt auf Hysterie zurückführte«, denn der bizarre unberechenbare Verlauf der Erkrankung, welche plötzlich von selbst sich bessere, oder nach psychischer oder somatischer Einwirkung sistiere, beweise, »daß nicht bestimmte pathologische Veränderungen, sondern eine

[1] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1890. Bd. XIX. p. 350.
[2] Ibid. 1890. Bd. XX. p. 81.
[3] Ibid. 1890. Bd. XXI. p. 200.

wahre funktionelle Neurose der Hyperemesis zugrunde liegt, eine Neurose, bei welcher einerseits die Reflexerregbarkeit erhöht, die Reflexhemmung herabgesetzt ist, bei welcher aber, wie bei der Hysterie, die Energie reflexhemmend in bestimmten Bahnen aufgetreten, ganz plötzlich durch gewisse psychische Einwirkungen wiedergewonnen werden kann.« Es handle sich zumeist um zur Hysterie disponierte Subjekte, bei denen die Schwangerschaft »als eine ganz hervorragende Gelegenheitsursache für den Ausbruch hysterischer Krankheitserscheinungen angesehen werden muß«. »Sind wir doch von Alters her gewöhnt, eine ganze Reihe eigentümlicher nervöser Erscheinungen, deren intensives oder kombiniertes Auftreten sonst als pathognomonisch für Hysterie gilt, ihrer Häufigkeit wegen als charakteristische, durch Schwangerschaft selbst hervorgerufene Veränderungen anzusprechen und ihnen geradezu den Wert subjektiver Schwangerschaftskennzeichen beizumessen.«

Daß diese geistreiche Lehre viele Anhänger finden werde, ließ sich voraussehen, schien sie doch mit einem Male helles Licht in die noch dunkle Frage gebracht zu haben, um desto mehr als sie gleichzeitig die bisherigen Zweifel über die Ätiologie der Hyperemesis gravidarum verscheuchte.

Hyperemesis gravidarum sei also nichts anderes als Hysterie:

1) Weil Erkrankungen von Magen, Darm, Nieren, Sexualorganen, sowie gewisse Intoxikationen auch außerhalb der Schwangerschaft Erbrechen hervorrufen.

Nun sollten wir aber glauben, daß diese Behauptung nur zum Teil richtig ist, denn bei den oben erwähnten chronischen Defekten im Bereiche der Genitalien ist Erbrechen eine unbedingt seltene Erscheinung. Ferner gehört zu den Ursachen der Hyperemesis die übermäßige Spannung des Uterus, auf welche besonders J. Veit in der Diskussion über den Vortrag von N. Flaischlen großen Wert legte. In den Fällen von Hyperemesis gravidarum beobachtete er sie »regelmäßig«. Hiernach dürften die Abnormitäten im Bereiche der Genitalien mit den Erkrankungen des Digestionsapparates, der Nieren etc. im besagten Sinne kaum in eine Reihe gestellt werden.

2) Weil selbst bei tödlich verlaufenden Fällen keine konstanten und tiefgreifenden Veränderungen in irgend einem Organe vorhanden sind.

Ja, aber warum konstante und tiefgreifende? Die Hyperemesis ist nichts anderes als eine verstärkte Emesis, kann als reflektorischer Akt, also durch verschiedene, auch nicht tiefgreifende Abweichungen intendiert und verstärkt werden. Sehen wir dieses ja auch außerhalb der Gravidität. Es behauptete bis heute ja niemand, daß Pat. an ihrem Genitalleiden zugrunde gehe. Letztere unterhalte und verstärke nur vielleicht das Erbrechen.

3) Weil der Verlauf der Hyperemesis gravidarum bizarr und unberechenbar sei.

Warum aber diese Verallgemeinerung? Bei wenig ausgesprochener

Form, besonders aber bei Hysterischen, mag es ja Fälle geben, in denen der Verlauf der Hyperemesis gravidarum bizarr und unberechenbar ist, bei der schweren, perniciösen Form aber hat der Verlauf des Erbrechens nichts Bizarres an sich. Der Zustand der Pat. wird von Tag zu Tag, von Stunde zu Stunde bedrohlicher und tritt das letale Ende ein, wenn nicht zeitig radikale Hilfe geboten wird. Gingen ja von den fünf Fällen, über die Flaischlen berichtet, drei zugrunde. Das gleiche sehen wir bei Horwitz[4]: von zwölf starben fünf.

Selbst bei ausgesprochener hereditärer Hysterie ist der Verlauf der Hyperemesis gravidarum durchaus nicht immer bizarr und unberechenbar. Hierzu ein Beispiel: Junge Pat. stammt aus einer Familie, in welcher nervöse Leiden selbst ernster Art anzutreffen sind. Bruder und Schwester hatten in der Kindheit und Jugend Chorea. Pat. selbst zeigt die verschiedensten Zeichen der Hysterie. In der ersten und zweiten Gravidität ist das Erbrechen mäßig und kurzdauernd, in der dritten steigert sich dasselbe zu bedrohlicher Hyperemesis, welche mit Abort endet, in der vierten Schwangerschaft übersteigt das Erbrechen nicht die physiologische Grenze ungeachtet dessen, daß Pat. nach wie vor hysterisch ist.

4) Weil psychischer und somatischer Einfluß die Hyperemesis gravidarum plötzlich unterdrücke. »Die Plötzlichkeit der Änderung ist geradezu das Kriterium für Hysterie«, sagt Kaltenbach. Nun sind aber die plötzlich auftretenden Erscheinungen im menschlichen Organismus unter dem Einfluß psychischer Affekte so mannigfaltig, daß beispielsweise plötzliches Eintreten von Ikterus und Erysipel, plötzliches Eintreten und Aufhören der Menstruation, plötzliche Unterbrechung der Schwangerschaft etc. nach nervöser Erschütterung auch der Hysterie zur Last gelegt werden müßte. Hieße denn das nicht den Rahmen dieses Leidens recht sehr erweitern?

Die Annahme Kaltenbach's, daß Hyperemesis gravidarum nichts anderes als Hysterie sei, beruht auf der Voraussetzung, daß die gewöhnliche Emesis gravidarum, aus welcher die Hyperemesis hervorgehe, hysterisch sei.

Nun meint aber Windscheid[5] in der Diskussion über den Vortrag von Graefe: »Über Hyperemesis gravidarum« (Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig), es gebe doch Frauen, die nie zuvor hysterisch gewesen sind und doch bei jeder Gravidität erbrechen. »Sollte bei ihnen plötzlich und nur durch die Gravidität ein hysterischer Zustand entstanden sein?« Und warum verschwindet denn das Erbrechen nach den ersten Monaten? Die Ursache bleibt bestehen und die Wirkung nicht? Das erscheint doch sehr unwahrscheinlich, wenn man nicht gerade eine partielle Hysterie annehmen will, die es nicht gibt.«

[4] Monographie: »Über das unstillbare Erbrechen Schwangerer«. 1882. (Russ.)
[5] Zentralblatt für Gynäkologie 1900. Nr. 30.

Gegen die einseitige Auffassung der Hyperemesis als Hysterie spreche nach Windscheid der Umstand, daß bei hysterischem Erbrechen die Kachexie fehle, bei der Hyperemesis gravidarum aber kann es zu lebensgefährlichen Zuständen durch enorme Kachexie kommen.

Als Illustration dieser würden wir hier die Beobachtung Eichhorst's[6] einschalten. Er behandelte eine Dame, welche $1^1/_2$ Jahre an unstillbarem, hysterischem Erbrechen gelitten, ohne den Allgemeinzustand der Pat. beeinflußt zu haben. Dabei genas sie vor erst einem halben Jahre von dem gleichen Leiden, das 9 Monate dauerte. — Bei zwei Pat. aus der Züricher Klinik wurde sogar Gewichtszunahme konstatiert, trotz des täglichen starken Erbrechens.

Weiter, sagt Windscheid, »sind sogar Todesfälle beschrieben, die eintraten, nachdem der künstliche Abort eingeleitet worden war«. »An Hysterie stirbt meiner Überzeugung nach aber niemand, und wenn der Pat. an einem Symptomenkomplex zugrunde geht, der den Eindruck eines hysterischen gemacht hat, so war es eben nicht Hysterie, denn Hysterie und organische Veränderungen schließen sich strikt aus.«

Diese Auffassung teilt auch Zweifel[7]. Auch er hält »es für unzulässig, eine Krankheit noch als hysterisch zu bezeichnen, an welcher man sterben kann, und das ist bei Hyperemesis gravidarum der Fall«.

Diesen Ansichten schließt sich auch Menge[8] an. Weder Emesis noch Hyperemesis kann er als Zeichen der Hysterie ansehen. Warum, fragt er unter anderem, schwinden bei hysterischen Schwangeren zu derselben Zeit nicht auch die anderen Hysteriesymptome?

Nun könnten zu den obigen Fragen noch eine ganze Reihe anderer hinzugefügt werden. Wenn Hyperemesis gravidarum nichts anderes als Hysterie ist, warum steht im Vordergrund der Erscheinungen immer nur das Erbrechen, während die sonstigen Zeichen der schweren Hysterie meist fehlen oder kaum angedeutet sind? Das exklusive Vorwalten eines einzigen Symptoms sehen wir sonst bei Hysterie nicht. Warum ferner beeinflußt die Hysterie — ein Leiden ohne materielle Veränderungen im Gehirn — die Schwangerschaft in so hohem Grade, während es Bluterguß im Gehirn, Neubildungen in demselben, Paralysis progressiva etc. nicht tun. Erliegt Pat. nicht ihrem Grundleiden, ist der Verlauf der Schwangerschaft, soviel bekannt, normal.

Die Schwangerschaft disponiere zu hysterischen Krankheitserscheinungen. Aber wodurch? Die Lehre von der Hydrämie des Blutes in der Schwangerschaft ist seit lange schon, seit den Unter-

---

[6] Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie.
[7] Zentralblatt für Gynäkologie 1900. Nr. 30.
[8] l. c.

suchungen von Nasse[9], Ingerslew[10], Reinl[11] u. a. ein überwundener Standpunkt. Wir wissen, daß die Zahl der roten Blutkörperchen und der Gehalt an Hämoglobin in der Gravidität keine Änderung erleiden. Also nicht durch Anämie wird die Schwangere hysterisch. Wodurch denn?

Das alles sind aber nur theoretische Bedenken, zu welchen die Theorie von Kaltenbach Anlaß gibt. Nun zu den praktischen.

Überblicken wir die neuere kasuistische Literatur dieser Frage seit dem Jahre 1890, so fällt uns vor allem die verhältnismäßig große Zahl der Veröffentlichungen im allgemeinen und die große Zahl aus der Praxis ein und desselben Autors in recht kurzer Zeit besonders auf. Das war früher nicht zu bemerken. Nun scheint aber auf Grund näherer Betrachtung besagter Fälle die Quantität auf Kosten der Qualität gewachsen. Es werden Fälle von unstillbarem Erbrechen Schwangerer beschrieben, bei denen das Erbrechen durchaus nicht als »unstillbar« anzusehen ist. So die Fälle von Gustav Klein[12], des eifrigsten Verfechters der Kaltenbach'schen Lehre, aus praktischen Gründen. Klein berichtet über 10 Fälle — das ist entschieden eine stattliche Zahl aus der Praxis eines Beobachters in verhältnismäßig kurzer Zeit. Was sind das aber für Fälle, bei denen Klein ganz besonders die »rasche Heilung« hervorhebt?

Können diese Fälle aber als »unstillbares« Erbrechen angesehen werden? Wir glauben — nein. In der Beschreibung der übrigen Fälle finden wir die Angaben: »Alles, selbst Wasser, wird erbrochen«, »Erbrechen auch ohne Nahrungsaufnahme«, »starke Abmagerung und Schwäche«, »bedrohliche Abmagerung«. — Wenn diese letztangegebenen Symptome auch die verhältnismäßige Schwere des Leidens bekunden, so fehlen doch noch viele, die insgesamt das Bild der perniciösen Form illustrieren. So der Zustand des Pulses, die Harnmenge, Eiweiß im Harn, die Trockenheit der Zunge, der vermehrte Durst, die Hyperosmia etc. etc.

Ziehen wir dieses in Betracht, so dürfte auch die »rasche Heilung« dieser Fälle nicht Wunder erregen. Ist ja glücklicherweise nicht jede verstärkte Emesis gravidarum geradezu tödlich. Daß die Pat. von Klein nur unter dem Einfluß von völliger Ruhe, Isolation und entsprechender Diät genasen, ist verständlich, hat er es ja auch nicht mit wahrer Hyperemesis zu tun. Wir sahen Genesung auch bei Behandlung mit Cocainum muriaticum, Cerium oxalicum, Orexinum basicum etc. Daß die völlige Ruhe und entsprechende Diät, wenn überhaupt von letzterer bei Erbrechen die Rede sein kann, das Leiden günstig beeinflußen, ist alt und bekannt, nur dürften diese Maßnahmen bei Hyperemesis gravidarum nicht als absolutes und einziges Heilmittel, wie es Klein tut, angesehen werden.

[9] Archiv für Gynäkologie Bd. X. p. 110.
[10] Zentralblatt für Gynäkologie 1879.
[11] Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1889.
[12] Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXXIX. p. 75.

Nun zum nächsten probaten Mittel. Hyperemesis gravidarum sei nichts als Hysterie, darum soll, wenn alle Stränge reißen, die Pat. suggestiv beeinflußt werden.

Kaltenbach sah keine äußerst Hysterische mit Hyperemesis gravidarum nach einer Magenausspülung gesunden. Der Versicherung, daß nun alles gut sei, Glauben schenkend, genas Pat. Chazan[13] wandte ebenfalls in einem Falle Suggestion an und sagt er: »konnte ich mich zu meiner Freude und Genugtuung von dem Erfolg meiner Predigt noch am selben Tage überzeugen«.

Läßt uns also die völlige Ruhe und Diät im Stich, so sollen wir die Pat. durch unmotivierte Maßnahmen beeinflussen, oder ihre Willenskraft wecken. Nun, wenn das aber nicht hilft, was dann? Dann — geht die Pat. zugrunde, denn die Zeit, in welcher ihr noch geholfen werden konnte, ist nun vorbei. Hierzu ein Beispiel aus der Beobachtung eines Kollegen (mündliche Mitteilung): Bei einer jungen Primagravida, die an schwerer Hyperemesis leidet, schlagen alle bisher angewandten Mittel fehl. Der Beschluß der zwei behufs Konsultation zugezogenen Kollegen lautet aber: Zuwarten, Suggestion. Letztere wird auch bei der entkräfteten Pat. 2 Tage nacheinander in Szene gesetzt. Es half aber nicht, und nun wird in moribunda die Schwangerschaft unterbrochen. Erweiterung der Cervix mit Quellstift und nachher Auslöffelung. Was vorauszusehen war, tritt ein: Pat. erliegt ihrem Leiden nach etwa 24 Stunden.

Ist nun nach Besagtem der heutige Standpunkt: »non medicina curat sed medicus« auch richtig? Die Medizin und nur sie allein könnte in konkreten, wie auch vielleicht noch in vielen Fällen, die nicht veröffentlicht sind, den Pat. mit Hyperemesis gravidarum helfen, wenn nicht zu lange, wenn nicht bis zum äußersten die radikale Hilfe — der künstliche Abort — hinausgeschoben worden wäre.

»Man darf zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft nicht zu spät schreiten, man darf mit dem Zuwarten nicht Mißbrauch treiben« sagte schon vor 20 Jahren Horwitz. »Das ist ein Fehler«, meinte er, »welcher häufig in praxi angetroffen wird und durch falsche Vorstellung über ärztliche Verantwortung erklärt werden kann«. »Des Arztes erste und hauptsächliche Pflicht ist — mederi; die Furcht vor Verantwortung komme in letzter Reihe in Betracht.«

Nun zu unseren zwei eigenen Fällen von Hyperemesis gravidarum:

I. J. K., 25 Jahre alt, intelligente Person. Verheiratete sich im April 1902. Pat. kannte ich noch vor der Verheiratung. Sie ist mehr als mittelgroß, gut gebaut, voll, stets gesund; führte die Wirtschaft ihres Bruders. Außer diesem keine Geschwister. Mutter seit lange tot; Vater starb vor einem Jahre an Darmverschlingung. Die erste Regel im 14. Jahre, alle 3 Wochen, von 4—5tägiger Dauer, ohne Schmerzen. Nach der Trauung ging sie an den Riga'schen Strand. Ende

[13] Zentralblatt für Gynäkologie 1896. Nr. 33.

Juni kehrt sie zurück und klagt über Übelkeit und Erbrechen. Letzte Regel 6 Tage vor der Hochzeit. Die Untersuchung ergibt unbedeutende Aufgetriebenheit des Abdomens, keine Schmerzhaftigkeit. Uterus entsprechend dem zweiten Schwangerschaftsmonat vergrößert, antevertiert, saftig, beim Palpieren empfindlich. Im übrigen völlige Norm. Gegen die leichte Obstipation Pulv. liquir. compos., gegen Erbrechen 3%ige Cocainlösung.

Anfang Juli sah ich Pat. wieder. Sie hat sich zusehends verändert, sie ist bleich, abgemagert, blaue Ränder um die Augen, klagt über beständiges Saugen in der Magengrube; Übelkeit und Erbrechen haben zugenommen. Trinkt sie nur schluckweise, so behält sie es bei sich. Appetit verschwunden. Klagt über Herzklopfen. Zunge belegt, trocken. Gynäkologisch keine Veränderung. Es wird völlige Ruhe im Bett und, wenn möglich, Milchdiät verordnet; innerlich Brom und Orexinum basicum zu 0,3 3mal täglich.

Am 20. Juli wurde ich zur Pat., welche auf dem Lande wohnte, geholt. Pat. ist kaum erkennbar, abgemagert und abgeschwächt. Das Auge liegt tief in der Orbita, Haut trocken, Zunge belegt, trocken; aus dem Munde saurer Geruch. Temperatur 36,8°, Puls 94, klein. Verträgt keine Speise, erbricht alles, erbricht sogar ohne etwas zu sich zu nehmen. Abdomen aufgetrieben und beim Druck empfindlich. Uterus entspricht der Schwangerschaftszeit, ist bei Druck empfindlich. Eierstock und Eileiter normal. Es wird Eisbeutel auf den Leib und Äther sub scrobiculo cordis verordnet; innerlich kalte saure Milch, Eisstücke, kalter Champagner, Milch und Kognak. Es soll der Harn gesammelt werden.

21. Juli. Pat. im selben Zustande. Anfangs vertrug sie saure Milch und Champagner, dann erbrach sie auch diese. Schlief die ganze Nacht nicht, Übelkeit und Erbrechen — etwa 10mal. Klagt über Ohrensausen. Harn in 24 Stunden 800 ccm, Spuren von Eiweiß. Es wird eine physiologische Kochsalzlösung ins Rektum gegossen. Innerlich Solutio cocaini mur. 5%.

In der Nacht auf den 22. Juli zeigt sich aus den Geschlechtsteilen Blut, aber sehr unbedeutend. Am nächsten Morgen ist der Zustand der Pat. geradezu erschreckend, völlige Kraftlosigkeit. Nachdem ich Pat. eine Coffeinum natrobenzoicum-Einspritzung unter die Haut machte, sie desinfizierte, schritt ich zur Tamponade der Scheide. Nach 7 Stunden wurde der Tampon herausbefördert. In vaginam mäßige Blutklumpen, in der Cervix lag das unversehrte Ei, welches digital entfernt wurde. Dann folgte die Entfernung der kleinen Placenta. Vagina und Uterus werden mit warmer Karbollösung ausgespritzt. Unter die Haut wird eine 5%ige Lösung Ergotini sterilisati appliziert; Pat. wird mit warmen Wasserflaschen umlegt; auf den Kopf eine heiße Kompresse. Innerlich Champagner, welcher nicht erbrochen wird. Nach $^1/_2$ Stunde schwarzer Kaffee mit Kognak. Nach einer Stunde schläft Pat. ein, schläft 2 Stunden. Allgemeinzustand etwas besser. Es wird Milchdiät verordnet.

23. Juli. Pat. schlief die Nacht mit Unterbrechungen etwa 4 Stunden. Zustand besser. Erbrach nicht mehr. Ohren- und Kopfsausen halten noch an, sind aber geringer. Nimmt Suppe, Milch, Wein zu sich.

Seit dieser Zeit sahen wir Pat. noch einige Mal. Ihre Kräfte nahmen allmählich zu. Die Harnmenge wird größer; Durst fehlt. Nach 3 Wochen unter kräftiger Nahrung erholte sich Pat. vollständig.

Daß wir es in diesem Falle mit wahrer perniciöser Form von Hyperemesis gravidarum zu tun hatten wird kaum angezweifelt werden. War die Basis des Leidens bei unserer Pat. Hysterie? Diese Voraussetzung wäre wohl die unbegründetste, denn die junge Primagravida war gut gebaut, gut ernährt, lebensfroh, war nie ernst krank; weder in der Familie noch an ihr waren irgend welche Zeichen von Hysterie. Was in diesem Falle die Hyperemesis verschuldete, wer will das mit Bestimmtheit sagen? War es die unbedeutende

Metritis (Empfindlichkeit bei Palpation des Uterus), oder die mehr als physiologische Anteversion der Gebärmutter, oder die Kombination beider — das läßt sich kaum feststellen.

In unserem, wie in den meisten Fällen von schwerer Hyperemesis gravidarum blieben die hierbei empfohlenen Mittel erfolglos. Die Natur selbst kam uns zu Hilfe — es zeigte sich Blut aus den Genitalien und wir beförderten den Abort. Wir taten das, was wir sonst nicht getan hätten, denn unter anderen Umständen hätten wir uns bestrebt, den Abort zurückzuhalten. Auf den kräftigen Bau, gute Ernährung und Jugendfrische unserer Pat. rechnend, haben wir bis zum äußersten mit der Unterbrechung der Schwangerschaft gewartet. Das Resultat war günstig; hieraus sollten aber keine allgemeinen Schlüsse gezogen werden.

II. Im Jahre 1895 in Kowno lebend, wurde ich von zwei Kollegen zu einer Sekundagravida mit Hyperemesis gravidarum behufs Konsultation hinzugezogen. Pat. ist 26 Jahre alt, stammt von gesunden, zur Zeit noch lebenden Eltern. Seit 3 Jahren verheiratet. Vorige Schwangerschaft verlief normal. Übelkeit und Erbrechen waren kurzdauernd und unbedeutend. Geburt vor $1^1/_2$ Jahren normal, ohne Hilfe. Erkrankte im Wochenbett an Entzündung (?); genas nach 4 Wochen. Ernährte 10 Monate ihr Kind, trotzdem ist Pat. stärker geworden. Nach dem Tode des Kindes traten die Menses wieder ein, alle 3—4 Wochen, von 5tägiger Dauer. Einen Tag vor der Regel und am ersten Tage starke Schmerzen im Kreuz, nach der Regel Fluor. Letzte Menses vor $2^1/_2$ Monaten.

Seit 4 Wochen leidet Pat. an Übelkeit und Erbrechen, anfangs mäßig; seit 8 Tagen aber so stark, daß sie alles erbricht. Pat. verträgt weder Speise noch Getränk; erbricht auch nachts. Laut Angabe der Umgebung soll Pat. sehr heruntergekommen sein. Es wurden die verschiedensten Mittel angewandt, aber erfolglos.

Die Untersuchung ergab: Abdomen aufgetrieben, Uterus retrovertiert, aber nicht fixiert, bei Druck schmerzhaft. Portio mit zwei seitlichen Einrissen, Ektropion. Aus dem Orif. ext. Schleimausscheidung. Zunge belegt, trocken. Schleimhäute bleich, mit einem Stich ins gelbliche.

Vaginalausspülung mit Hinzufügung von 30 Tropfen Tinct. opii. Uterus aus dem Douglas erhoben und ein Tampon eingelegt. Klysma aus Chloralhydrat.

Am folgenden Tage wurde der Tampon entfernt. Die Schwäche der Pat. nimmt zu, das Erbrechen ist häufig, der Durst stark. Puls beschleunigt bei subnormaler Temperatur. Weiter sahen wir Pat. nicht. Nachträglich erfuhren wir, daß sie nach 2 Tagen Pat. nach Königsberg in die Klinik geschafft wurde, wo der Abort eingeleitet wurde.

Auch in diesem Falle waren für Hysterie keine Anhaltspunkte. Hier war der Defekt in den Genitalien mehr ausgesprochen. Wir hatten es mit einer stark retrovertierten Gebärmutter und Endometritis zu tun. Ob diese die Hyperemesis heraufbeschworen, läßt sich mit Bestimmtheit nicht sagen. Ist nun deshalb der Schluß, daß Hyperemesis gravidarum nichts als Hysterie sei, erlaubt? Wir glauben kaum. Richtig sagt Windscheid (l. c.): »ich halte es für falsch, alles, was man nicht erklären kann, hysterisch zu nennen.« »Damit kommen wir nicht weiter.«

———

II.

Retroflexio-Operation.

Von

S. A. Alexandroff,

Oberarzt des Gouvernementskrankenhauses zu Smolensk.

Wenn ich einen neuen Typus der Operation bei Retroflexio uteri vorschlage, so lag dabei die Erwägung zugrunde, daß als Hauptfaktor der oben genannten unnormalen Lage der Gebärmutter die Senkung derselben erscheine, welche wieder als Folge der Erschlaffung des Bandapparates anzusehen ist. Besondere Wichtigkeit legen wir der Erschlaffung der Basis der Ligg. lata bei, in welcher die Ligg. cardinalia und die von Mackenrodt beschriebenen Ligg. transversa colli gelegen sind. Ferner betrachten wir alle Bewegungen der Gebärmutter vom Standpunkte des Mechanismus eines zweiarmigen Hebels, wobei den längeren Arm das Corpus uteri, den kürzeren aber das Collum bildet. Der Stützpunkt dieses Hebels befindet sich nach der Ansicht von Sjernow in dem oberen Teile der hinteren Fläche des Collum uteri. Diesem Typus gemäß geschehen nicht nur die normalen Bewegungen der Gebärmutter, sondern auch ihre pathologischen Verlagerungen, zu welchen auch die Retroflexio uteri gehört. Hiernach besteht nach unseren Erwägungen die Aufgabe bei der Operation der Retroflexio uteri in folgendem: die Gebärmutter in ihre physiologische Lage in der Beckenhöhle wieder aufzurichten, die Senkung der Gebärmutter zu korrigieren, den Stützpunkt, um welchen die Bewegungen der Gebärmutter geschehen, d. h. den oberen Teil des Collum uteri auf die entsprechende Höhe zu versetzen. Da wir aus den oben erwähnten Gründen die Hauptrolle in der Frage der physiologischen Lage der Gebärmutter der Basis der Ligg. lata zumuteten, so faßten wir den Entschluß, die Verkürzung der letzteren als Operationsmethode bei Retroflexio uteri zu verwenden. Die Operation an und für sich ist keine komplizierte und geschieht gänzlich extraperitoneal.

Nach Einführung der Spekula in die Scheide und der gewöhnlichen Herunterziehung der Gebärmutter wird ein halbovaler, nach unten konvexer Lappenschnitt des vorderen Scheidengewölbes gemacht, wobei auch $^2/_3$ der Seitengewölbe mit eingenommen werden. Der Gewölbelappen wird zusammen mit der Blase hoch nach oben abgetrennt, wobei besondere Wichtigkeit auf das hohe Abtrennen der Blase und der Ligg. lata gelegt wird. Dann wird durch Einführen eines Landau'schen Spekulum das Lig. latum auf einer Seite bloßgelegt und durch die Basis desselben eine haltbare provisorische Ligatur, ungefähr 3—$3^1/_2$ cm vom Collum entfernt, durchgezogen. Nachdem ein Finger unter die untere hintere Fläche der Basis des

Lig. latum eingeführt ist, wird mittels oben erwähnter Ligatur ein festes walzenförmiges Bündel dieser Basis, ungefähr 1 cm dick, gefaßt, dasselbe geschieht mit der Basis des anderseitigen Lig. latum. Nachdem wir mit den provisorischen Ligaturen, welche als Halter dienen sollen, fertig geworden sind, schreiten wir zum zweiten Moment der Operation.

Die Gebärmutter wird durch kombinierten Doppelhandgriff in Anteversionslage gebracht, das Herunterziehen wird eingestellt. Ferner greift der Assistent die beiderseitigen provisorischen Ligaturen, durchkreuzt sie und spannt nach entgegengesetzter Richtung. Die so mittels der Ligaturen gefaßten peripherischen Enden der Basis der Ligg. lata nähern sich dank diesem Manöver bis zur gegenseitigen Berührung an der vorderen Fläche des Collum uteri. Sodann werden die zusammengezogenen und sich gegenseitig berührenden Teile der Basis der Ligg. lata, die als kräftige Schnüre erscheinen, durch 2—3 versenkte Nähte vereinigt, wobei auch das Collumgewebe mit in die Nähte einbezogen wird. Als Grenze der Nähte muß das Orificium internum uteri bestimmt werden, das auch keineswegs zu überschreiten ist. Zuletzt wird die Gewölbewunde durch einige Nähte geschlossen, nötigenfalls wird das Spatium praevesicale drainiert.

Schlußfolgerungen:

1) In allen Fällen gelang es uns, als Ergebnis der Operation die Beseitigung der Uterussenkung und die Herstellung der Gebärmutter in ihrer physiologischen Lagerung in der Beckenhöhle zu erreichen.

2) In allen Fällen, wo die Operation ausgeführt wurde, behielt die Gebärmutter ihre Beweglichkeit, die sich sogar mit der Zeit vergrößerte. Die Seitengewölbe wurden stets kuppelförmig eleviert.

3) Zum Schluß der Operation war die Gebärmutter immer einigermaßen antevertiert, mit dem Fundus zum Nabel und dem Collum zum Kreuzbein gerichtet, sowie es Sims beschreibt. Dabei wurde, dank der Vereinigung der Basis der Ligg. lata an der vorderen Fläche des Collum, das letztere auf seinen physiologischen Höhestand gebracht, womit am meisten Korrigieren der Retroflexio erzielt wurde. Ausgesprochene forzierte Anteversion, wie das als Resultat der Ventro- und Vaginofixation zu sehen ist, haben wir nie gemerkt.

4) Etwaige Komplikationen seitens der Harnorgane sind bei unseren Pat. nicht vorgekommen.

5) Etwaige Circulationsstörungen im Uterus kamen bei den Operierten nicht vor, die Menses erschienen regelmäßig, die Involution der Gebärmutter versagte nicht.

Was die Befürchtungen anbetrifft, daß die vorgeschlagene Operation auf die Lage der Ureteren ungünstig wirken könnte, so entbehren solche jeglichen Grundes. Auch auf Grund theoretischer Erwägungen können solche Befürchtungen kaum berechtigt sein; da, wie bekannt, jede Retroflexion die Senkung der Gebärmutter

*

vergrößert, so beschleunigt sie auch den Prolaps. Der letztere aber prädisponiert nach Virchow zur Bildung einer Hydronephrose als Folge einer Ureterenknickung. Indem wir die Basis der Ligg. lata verkürzen, heben wir selbstverständlich das Ureterenlager und befördern auf solche Weise normale Lagerung. Das Mitgreifen der Ureteren in die Naht ist ausgeschlossen, falls die Blase gut abgetrennt wird. Andere Operationen, welche die Ligg. lata berühren, wie z. B. die Operation von Freund, Wertheim, auch unsere Operation bei Prolaps der Gebärmutter, berechtigen auch nicht zu Befürchtungen der ungünstigen Wirkung auf die Lagerung der Ureteren und der Gefäße; und doch geschieht bei diesen Operationen eine starke Torsion der Ligg. lata. Solowjeff, der über unser Operationsverfahren bei Uterusprolaps Kontrollexperimente angestellt hat, legt der oben erwähnten Torsion der Ligg. lata besondere Wichtigkeit bei, wegen der Fixation der Gebärmutter in ihre normale Lage. Aber auch er vermißt jeden ungünstigen Einfluß auf die Lagerung der Ureteren. Was das Miteingreifen des Gefäßlagers in die Naht anbetrifft, so kann solches unmöglich geschehen, falls wir bei der Ausführung der Operation oben erwähnte Ordnung einhalten. Das Zusammennähen der Basis der Ligg. lata wird nämlich erst nach dem Anlegen der provisorischen Ligaturen vorgenommen; das letztere aber geschieht unter Kontrolle des eingeführten Fingers.

Wenn wir die positiven Seiten der vorgeschlagenen Operation aufzählen wollten, so gehört hierher das Fehlen jeglicher Beeinträchtigung der Uterusbeweglichkeit, was auch ganz erklärlich ist bei Mangel jeglicher Fixationen. Es ist wohl allen der Zusammenhang zwischen Uterusfixation und Darmeinklemmungen bekannt, wovon Kreuzmann in seiner letzten Arbeit bis jetzt 7 Fälle zusammengebracht hat. Die unangenehme Wirkung der Uterusfixation auf den Geburtsakt, die sogar die Sectio caesarea erfordert hat, ist von einer ganzen Reihe Beobachtern bemerkt, wie z. B. die Fälle von Graefe, Urban, Dietrich, Fuchs, Kallmorgen, Velde, Goubareff. Das Bilden der Bandanheftungen in der Bauchhöhle ist auch, wie bekannt, nicht ganz gleichgültig für die Pat. Ferner bietet unsere Operation den Vorteil, daß wir es mit einem kräftigeren Bandapparate zu tun haben, als die Ligg. rotunda. Sind doch die Ligg. lata weniger individuellen Schwankungen unterworfen; ferner kommt den Ligg. lata eine größere Rolle zu im Mechanismus des Aufrechthaltens der Gebärmutter in ihrer physiologischen Lage.

Da wir außerdem die Blase hoch abtrennen und die Basis der Ligg. lata zusammennähen, womit ein Hindernis für den Blasenwandprolaps gebildet wird, so beseitigen wir hiermit einen Faktor der progressiven Retroflexionsbildung.

Ferner ist bei der von uns vorgeschlagenen Operation kein Wechseln des Operationsfeldes erforderlich, falls ergänzende Operationen an den Adnexen und am Beckenboden nötig werden.

Was die Dauerresultate dieser Operation anbetrifft, so werden

irgend welche Schlüsse erst bei Vorhandensein eines genügenden Materiales und Zeitverlaufes möglich sein.

Neue Bücher.

1) F. Schatz. Schlechte Wehen und die zentrale Steuerung der Wehentätigkeit.

(Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts. 62. Lieferung.)
Wien, Urban & Schwarzenberg, 1902.

Wie S. am Schlusse der Arbeit sagt, stellen die darin niedergelegten Beobachtungen nur den Anfang einer Lösung der Frage nach der zentralen Steuerung der Wehentätigkeit dar; der praktische Nutzen, den die »neue Lehre« schon jetzt bietet, besteht darin, daß das wirkliche Wesen der meisten Fälle von »schlechten Wehen« gezeigt und nutzloses therapeutisches Eingreifen dadurch verhütet werden soll.

Sehr häufig begegnen wir Fällen, wo wir schlechte Wehentätigkeit annehmen, in der Tat aber nur typische periodische Schwangerschaftswehen der letzten Zeit der Schwangerschaft vor uns haben, welche uns als Geburtswehen imponieren. Diese Schwangerschaftswehen können Veränderungen und Reize setzen, welche ihrerseits die Wehentätigkeit nur unvollkommen oder gar nicht mehr zur Ruhe kommen lassen, bis zur richtigen Zeit dann die wirklichen Geburtswehen eintreten. Dies kann der Fall sein durch Abfluß des Fruchtwassers infolge der Schwangerschaftswehen mit konsekutiver Verkleinerung des Uterus oder durch Verschiebung des unteren Eipoles, welche bei der Festigkeit und der festen Adhärenz des Chorions an dem unteren Teil der Uteruskörperhöhle eine beständige Zerrung bewirkt und damit fortdauernd Wehen auslöst. Viel häufiger noch werden schlechte Geburtswehen dadurch vorgetäuscht, daß eine oder auch mehrere letzte Reihen von periodischen Schwangerschaftswehen der Zeit nach dem normalen Geburtstermin oder dem Beginn der Geburtswehen so nahe rücken, daß sie schwer von denselben zu trennen sind. Sie erscheinen dann als zu ihnen gehörig, fördern aber die Geburt nicht, sondern verlängern sie scheinbar und gelten so nur zu leicht, ja bisher gewöhnlich als »schlechte Wehen«.

Sicher ist es, daß Wehen spontan und in bestimmter regelmäßiger Reihenfolge während der Schwangerschaft, wenigstens in deren zweiter Hälfte auftreten, wahrscheinlich ist dies auch in der ersten Hälfte der Schwangerschaft schon der Fall. S. bringt sogar die räumliche Ausdehnung des wachsenden Eies in der Uterushöhle mit solchen Wehen in kausalen Zusammenhang. Bei denjenigen Schwangeren, welche lange genug in der Klinik sind, um daselbst Schwangerschaftswehen haben zu können, sind es ca. 10%. Besonders machen uns Blutungen bei Placenta praevia oder tiefsitzendem Mutterkuchen und Eklampsie in der Schwangerschaft auf

diesen Vorgang aufmerksam, diese Fälle fallen meistens mit den periodischen Schwangerschaftswehen zeitlich zusammen und werden von ihnen veranlaßt. Das wichtigste Erkennungszeichen derselben bildet der entsprechende zeitliche Eintritt. Wenn Wehen eintreten früher als an dem auf die verschiedene Weise möglichst sicher gestellten normalen Ende der Schwangerschaft und wenn ein anderer Grund für den Eintritt nicht vorliegt, dann muß man sie als periodische Schwangerschaftswehen ansehen. Sehr charakteristisch ist ferner das scheinbar unmotivierte Aufhören derselben. Meistens tritt dasselbe schon nach $^1/_2$—1 Tag ein und hat seinen Grund in der Hemmung durch das Wehenhemmungszentrum.

Nach S. existiert bekanntlich im Nervenzentrum nicht nur ein wehenerzeugendes Zentrum, das Wehenzentrum, sondern auch ein Wehenhemmungszentrum, welche beide Zentren nach Kraft und Zeit ähnlich den Gefäßzentren in bestimmtem wechselndem Rhythmus gegeneinander arbeiten. Der Tonus des Wehenhemmungszentrums erfährt regelmäßig wechselnd mehr oder weniger große Nachlässe — Depressionen —, wodurch die typischen Schwangerschaftswehen nicht mehr unterdrückt werden, so daß in bestimmtem periodischem Ablauf die Wehenreihe zustande kommt; hört mit dem normalen Ende der Schwangerschaft der Widerstand des Wehenhemmungszentrums ganz auf, so treten die Geburtswehen ein.

Die Schwangerschaftswehen zeigen analog den Menstruationsperioden einen zweifachen Periodentypus, gewöhnlich einen vierwöchentlichen mit Teilungen zu 2 und 1 und $^1/_2$ Woche, häufig auch einen sechswöchentlichen mit Teilungen zu 3 und $1^1/_2$ und $^3/_4$ Wochen. Meist werden bei beiden Typen sowohl bei Erst- wie bei Wiederholtschwangeren diejenigen Reihen von typischen Schwangerschaftswehen empfunden, welche sich in der 1. und 2. oder 3. Teilung einstellen, seltener die Schwangerschaftswehen 4 Wochen oder 6 Wochen vor der Entbindung. Gegen das Ende der Schwangerschaft stellen sich die Reihen typischer Schwangerschaftswehen spontan häufiger ein (aber nicht in allen Fällen) und dabei beobachtet man sehr oft, daß sich die Wehenperioden wiederholt, und zwar halb teilen. Die Teilung geschieht aber nicht immer ganz genau in der Mitte, sondern oft ante- oder postponierend verschoben. Nur bei einem kleinen Teil der Fälle werden alle diese Wehenreihen wirklich gefühlt; bei sehr vielen wird nur die eine oder die andere Wehenreihe empfunden und bei nicht wenigen Fällen fehlt die eine oder die andere von ihnen.

Außer diesen periodischen Schwangerschaftswehen gibt es auch nichtperiodische, welche zentral erzeugt oder wenigstens reflektorisch zentral ausgelöst werden, abgesehen von solchen, welche einzeln durch einmaligen lokalen Reiz ausgelöst werden (Lageveränderung der Schwangeren, Bewegungen des Kindes etc.).

Andere Abweichungen von dem normalen Typus der Schwangerschaftswehen ergeben sich auch insofern, als Typen zu unterscheiden

sind, in welchen die als Einheit zu nehmende Woche statt zu 7 nur zu 6 oder auch zu 8 Tagen gerechnet werden muß, oder man sieht ein Umspringen von einem Wehenperiodentypus zum anderen, ferner einen kombinierten Periodenbau (Epiperioden).

An der Hand von 160 Fällen und einem Schema erläutert S. die im obigen dargelegten Ausführungen.

Das Verhältnis von Fieber zu Wehen ist so aufzufassen, daß Fieber nur dann Wehen erzeugt, wenn es in einer Zeit auftritt, wo das Wehenhemmungszentrum weniger widerstandsfähig ist, wie in den Zeiten seiner mehr oder weniger großen Depressionen. Umgekehrt glaubt S. einen Fall von Intermittens so erklären zu können, daß die periodische Wehenreihe imstande ist, eine noch latente Erkrankung zum Ausbruch zu bringen.

Therapeutisch gibt S. den Rat, in Fällen, wo wir die künstliche Frühgeburt einleiten wollen, diese periodischen Schwangerschaftswehen nutzbar zu machen, da der zu diesem Behufe angebrachte Reiz in der Nähe eines solchen Termines ungleich exakter wirkt. Zur Unterdrückung der Schwangerschaftswehen resp. Wehen, welche solche sein können, empfiehlt er Ruhe im Bett, besonders in halber Bauchlage; nach seinen Beobachtungen verringert diese Lage sowohl bei Schwangerschafts- als den Geburtswehen die Wehenzahl immer auf wenigstens die Hälfte. Eventuell ist Morphium oder Codein angezeigt. Als wahres hemmendes Mittel zu längerem Gebrauch empfiehlt sich besonders in der ersten Zeit der Schwangerschaft die Anwendung von Viburnium prunifolium. Besteht ein Zweifel, ob Schwangerschafts- oder Geburtswehen vorliegen, so tut man gut, Chinin zu geben. Es wirkt bei wirklichen Geburtswehen wehenregulierend und ist ein wichtiges »Wehenpulver«. Hat es keinen deutlichen Erfolg auf die Wehen, so handelt es sich um Schwangerschaftswehen, welche durch die angegebenen Mittel zu bekämpfen sind. Sekale wirkt nur auf die Wehenfrequenz, nicht auf die Wehenstärke, und zwar ungleich stärker nach Beginn der Geburtswehen als bei periodischen Schwangerschaftswehen oder gar in der wehenfreien Zeit der Schwangerschaft. Hydrastis und Hydrastinin sind ohne Wirkung auf die zentrale Steuerung der Wehentätigkeit selbst während der Geburt. **Jahreiss** (Augsburg).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 10. Februar 1903.

Vorsitzender: Wertheim; Schriftführer: Keitler.

I. Bondi (als Gast) demonstriert einige Präparate von luetischen Veränderungen an den Nabelgefäßen. (Erscheint ausführlich im Archiv für Gynäkologie).

Die syphilitische Erkrankung der Nabelschnur wurde bisher recht stiefmütterlich behandelt. Die wenigen Autoren, die sich nebenbei damit beschäftigten,

begnügten sich, die Anwesenheit entzündlicher Veränderungen zu konstatieren, ohne auf deren histologischen Charakter einzugehen. Ganz und gar vernachlässigt wurde die Frage der Spezifizität der Erkrankung, und liegen diesbezüglich gar keine Untersuchungen vor.

Ich habe nun in 15 von 35 Nabelschnüren luetischer Früchte Veränderungen vorgefunden, die dem Grade nach wohl verschieden sind, im großen und ganzen jedoch einen gemeinsamen Typus erkennen lassen. Es handelt sich um exsudativ entzündliche Vorgänge. In den leichteren Fällen findet man nur ödematöse Durchtränkung der Muskulatur mit Ansammlung polynucleärer Leukocyten in den Lücken zwischen den Muskelbündeln. In den schwereren Fällen entstehen größere Zellanhäufungen, die wiederum zum großen Teile aus polynucleären Leukocyten bestehen und die Muskelbündel weit auseinander drängen; in ausgebreiteten Infiltraten kann es dann zur Nekrose kommen, wo auch die Gefäßwand selbst durch weitgehende Veränderungen nekrotisieren kann. In den schwersten Fällen kommt es zu abszeßähnlichen Bildungen in der Gefäßwand; in einem Falle sah ich Fibrinausscheidung ins Gewebe, in einem anderen Kalkablagerung in den nekrotischen Partien.

Diese Veränderungen betreffen bald die Intima, bald die Media, bald die das Gefäß umgebende Sulze in höheren Graden. Die Häufigkeit der Beteiligung der verschiedenen Schichten ist ziemlich gleich; eher überwiegt die Erkrankung der peripheren Teile des Gefäßes.

Auch die einzelnen Gefäße sind in verschiedenem Maße beteiligt. Sechsmal waren alle drei Gefäße beteiligt, ebenso oft die Vene allein, einmal die Arterien und eine Vene, ein einziges Mal nur eine Arterie. Wir finden also mit einer Ausnahme die Vene beteiligt, was insofern begreiflich ist, als diese Infektion durch das Blut auf dem Wege der Nabelvenen übertragen wird.

Die Veränderungen sind in verschiedener Höhe ungleich entwickelt. Am meisten erscheint das fötale Ende affiziert, und gerade die schwersten Veränderungen finden sich am fötalen Ende. Ganz frei blieb das fötale Ende nur in drei Fällen, während das placentare in der Hälfte der Fälle frei blieb.

Die beschriebenen Befunde entsprechen nicht den sonst bei Lues an den Gefäßen gewöhnlich bestehenden Veränderungen, denn die Gefäßveränderung, wie sie zuerst von Heubner beschrieben wurde, besteht in einer produktiven Entzündung mit reichlicher Bindegewebsneubildung, während sich hier nur exsudativ entzündliche Prozesse finden.

Auch bei der hereditären Lues sehen wir sonst, wenn auch sehr selten, nur produktive Entzündungsvorgänge an den Gefäßen. Dagegen finden wir an anderen Organen bei der hereditären Lues mehrfach exsudative Prozesse; so beschreibt Mraczek zwei Fälle von akuter Myokarditis, so findet man bei der Pneumonia alba stets auch reichliche Emigration von polynucleären Leukocyten, es sind abszeßähnliche Bildungen in der Thymus bekannt, und schließlich ist der bei hereditärer Lues so häufige Pemphigus auch ein exquisit exsudativer Prozeß.

Wenn wir nun auch gezeigt haben, daß unsere Erkrankungen dem Charakter der Lues entsprechen, so wäre noch zu beweisen, daß sie nur bei Lues vorkommen, da ja vom anatomischen Standpunkte aus nichts Spezifisches in ihnen zu erkennen ist. Ich habe nun, um mir darüber Klarheit zu verschaffen, die Nabelschnuren von Müttern untersucht, die kurz vor oder noch während der Geburt akute Infektionskrankheiten überstanden haben und konnte in diesen Fällen niemals Veränderungen finden. Sie fehlten auch vollkommen in 10 Fällen von Nephritis, da man bei diesen wegen der Ähnlichkeit der Placentarveränderung Analoges bei der Nabelschnur vermuten könnte. Auch von früheren Autoren wurden entzündliche Veränderungen an den Nabelgefäßen bisher nur bei Lues beobachtet.

Wir können daher auf Grund der bisherigen Beobachtungen mit sehr großer Wahrscheinlichkeit diese Veränderungen als für Lues pathognomonisch bezeichnen.

Praktischen Wert haben diese Befunde für die Diagnose der hereditären Lues. Bei lebend geborenen Kindern ist die Nabelschnur das einzige Organ, das eine

sichere Diagnose herbeiführen kann, da ja die Placentarbefunde nicht eindeutig sind. Auch bei mazerierten Kindern kann durch einen positiven Befund in der Nabelschnur die Diagnose Lues event. gestellt werden.

Es ist daher in zweifelhaften Fällen zu empfehlen, die Nabelschnur zu untersuchen, und zwar muß das zunächst an dem fötalen und placentaren Ende geschehen.

Auch müssen alle drei Gefäße auf dem Schnitte getroffen sein.

Außerdem wäre zu bedenken, daß gerade bei luetischen Früchten die Nabelschnur exakt unterbunden wird, da bei hochgradig affizierter Muskulatur deren Kontraktionsfähigkeit leiden muß.

II. Spiegel (als Gast): Neue Fixiervorrichtung für Spatel.

Gestatten Sie mir, Ihnen eine Vorrichtung zu demonstrieren, welche den Zweck hat, bei längere Zeit dauernden vaginalen Operationen das ermüdende und nicht ganz verläßliche Halten des hinteren Spatels durch ein selbsthaltendes Spekulum zu ersetzen.

Die Idee einer Fixiervorrichtung ist nicht mehr neu, doch hat sich bisher kein Modell bewährt, da Einstellung und Fixierung des Spatels erst durch mehrfache Schraubenzüge und umständliche Manipulationen bewerkstelligt werden mußten; dem wirklich vorhandenen Bedürfnis aber kann nur eine Vorrichtung genügen, bei welcher nur mit einem einzigen Griffe der Spatel in jeder gewünschten Stellung fixiert wird.

Dieser Forderung entspricht vorliegende Konstruktion. Mein Chef, Herr Hofrat Schauta, hatte die Liebenswürdigkeit, diesen Spatel zu versuchen, und wird derselbe seitdem in der I. gynäkologischen Klinik praktisch verwendet.

Im wesentlichen besteht diese Fixiervorrichtung aus einer Schraubzwinge zur Befestigung am Operationstische und drei Gelenkteilen, welche durch konische Bolzen miteinander verbunden sind. Der erste Bolzen steht mit einem Griffe in Verbindung, an dem dritten Gliede wird der betreffende Spatel befestigt; beim Anziehen des Griffes wird mittels des ersten Bolzens eine Stahlschiene vorgeschoben, welche wieder den zweiten Bolzen vorzieht; indem sich diese Bewegung bis zum letzten Gelenkteile gleichzeitig fortsetzt, erfolgt durch gegenseitige Klemmung die Fixierung. Die Zusammensetzung aus drei Gelenken gestattet die größtmöglichste Beweglichkeit in vertikaler Richtung. Die Handhabung ist sehr einfach und besteht darin, daß man vor der Operation die Schraubenzwinge am Operationstische befestigt, dann den Spatel in die Vagina einführt und ihn dann mit einem Zuge am Hebel in der gewünschten Stellung fixiert.

Die Vorteile bestehen somit in der ruhigen Einstellung, sowie in der Unabhängigkeit von der Kraft und der Ausdauer des Assistierenden.

Diskussion. Schauta: Ich habe diesen Apparat wiederholt bei vaginalen Operationen, und zwar hauptsächlich bei großen Operationen angewendet und habe den Eindruck gewonnen, daß derselbe recht gut verwendbar sei und die Hand eines Assistenten vollkommen ersetzt. Und gerade die Aktion desjenigen Assistenten, der den hinteren Spatel halten muß, ist eine sehr mühsame bei großen Operationen wegen der halbgebeugten Stellung, die derselbe einnehmen muß. Der Operateur muß außerdem immer die Stellung des Spatels verändern, dasselbe tiefer hineinschieben oder herausziehen, lockerer lassen etc. Es ermüdet dies sehr; das kann mit dieser Vorrichtung nun der Operateur selbst besorgen, indem er dieselbe in verschiedene Stellungen bringen und mit einem Handgriffe fixieren kann.

Ich habe mit Zuhilfenahme des Instrumentes erst gestern eine sehr schwierige vaginale Enukleation von Myomen vorgenommen und muß sagen, daß ich mit demselben sehr zufrieden bin, da man gerade bei diesen schwierigen Operationen die zweite Hand des Assistenten anderweitig zur Verfügung hat; und wenn man über derartige Spekula abfällig denkt, so muß ich sagen, daß gerade dieser Spiegel, der so einfach in verschiedenen Richtungen bewegt werden kann und drei Gelenke enthält, die mit einem Griffe fixiert werden können, eine bedeutende Verbesse-

rung darstellt. Für die Privatpraxis scheint er mir ganz besonders vorteilhaft zu sein. Ich kann denselben aus eigener Erfahrung empfehlen.

Chrobak: Ich kann über das Instrument nichts aussagen, da ich dasselbe selbst nicht angewendet habe. Doch erscheint mir die Konstruktion sehr schön, besonders in Bezug auf die Fixierung der Gelenke. Sonst geht meine Neigung nicht auf fixierte Spiegel, weil die Pat. sich gegen den Spiegel bewegen kann. Ich möchte bei dieser Gelegenheit auf den Apparat hinweisen, den Ulrich vor 50 Jahren anwendete und mit dem man ohne Assistenten arbeiten konnte. Ein sehr sinnreich konstruierter Apparat, den ich auch einmal gelegentlich zeigen wollte.

Weinlechner: Der Spiegel befindet sich auf Zimmer Nr. 7 der chirurgischen Abteilung. Er hat eine Beigabe, welche bestimmt ist, die Scheide nach hinten zu erweitern. Er ist so eingerichtet, daß man mit Zuhilfenahme desselben Blasen-Scheidenfisteln ohne weitere Assistenz operieren kann.

Schauta: Diesen Apparat von Ulrich kenne ich aus eigener Erfahrung von der Zeit her, als ich noch Sekundararzt bei Salzer war. Salzer hat mit Vorliebe Fisteln operiert. Die Operation wurde in sehr einfacher Weise gemacht: Die Pat. kam auf den Operationstisch, die Spekula wurden eingelegt, dann wurde die Pat. angewiesen, selbst die Nadeln einzufädeln, worauf dieselbe die eingefädelten Nadeln dem Operateur reichte. Dabei wurde gemütlich konversiert.

Das heute demonstrierte Spekulum ist ein bedeutender Fortschritt gegen das damalige, das aus einem eisernen Rahmen bestand, an welchem mittels einer Schiebevorrichtung die Spateln befestigt wurden.

Weinlechner: Die Verbesserung betrifft den Hauptspatel von Ulrich. Der Hauptspatel am Ulrich'schen Apparate hat sich verlängern lassen, die Knickungen in den drei Gelenken fehlen dort. Jedenfalls sind die drei Gelenke vorteilhafter als wenn nur eins vorhanden wäre.

Wertheim: Wer konstruiert den Apparat und was kostet derselbe?

Spiegel: Die Firma Reiner; doch ist der Preis noch nicht fixiert; derselbe dürfte zwischen 60—70 Kr. betragen.

III. Peham: Demonstration eines Präparates von Traubensarkom des Uterus.

P. berichtet über den Krankheitsverlauf und den Obduktionsbefund einer an Traubensarkom des Uterus verstorbenen 19jährigen Pat. Bei derselben war vor ungefähr Jahresfrist ein etwa walnußgroßer Tumor aus dem Uterusfundus in der Klinik entfernt worden, dessen mikroskopische Untersuchung neben Sarkomgewebe Knorpel ergab. Die Pat. hatte wenige Tage danach aus Gründen privater Natur die Klinik verlassen. Es war jedoch möglich, durch Vermittlung des Primararztes eines Provinzspitales sich über den weiteren Verlauf der Krankheit unterrichtet zu halten.

Die Pat. hatte unter großen Blutverlusten und heftigsten Schmerzen im Verlaufe dieses Jahres Tumoren bis zu Kindskopfgröße und darüber geboren, worauf jedesmal der Tumor am Stiele abgesetzt worden war und einige Zeit hindurch wieder Nachlassen der Beschwerden erreicht wurde. Der letzte dieser Tumoren war wenige Tage vor dem Tode abgetragen worden.

Die Obduktion ergab nun das vollständige Fehlen des Uterus. Ein kleiner Rest der Cervix, an welcher sich polypöse, traubenförmige Gebilde fanden, war so invertiert, daß die Gegend des inneren Muttermundes am tiefsten in die Vagina hinein durch den intakten äußeren Muttermund gestülpt erschien.

Todesursache war Anämie, Degeneration des Herzmuskels, Lungenödem.

Die genauere mikroskopische Untersuchung des erst vor 2 Tagen verstorbenen Falles wurde noch nicht durchgeführt, doch erscheint uns derselbe schon jetzt

1) in klinischer Beziehung wegen der massenhaften Produktion von beträchtlich großen Tumoren, wegen der konsekutiven Inversion des Uterus mit Abtragung des nicht erkennbaren Uterus gelegentlich der Durchschneidung eines gestielten Tumors,

2) in anatomischer Beziehung bemerkenswert, nachdem es sich in dem Falle wohl um eine Mischgeschwulst im Sinne von Wilms handeln dürfte.

Diskussion. Schauta: Was die Inversion des Uterus bei derartigen Tumoren anlangt, so erinnere ich mich eines Falles von kolossalem Sarkom des Uterus, das ich vor etwa Jahresfrist in der Vorlesung operiert habe. Dasselbe war bis in die Scheide hinein geboren und es konnte nach oben sehr schwer die Basis desselben erreicht werden. Ich habe das Sarkom abgetragen; nach der Operation stellte es sich heraus, daß ich den Uterus mit abgetragen hatte, da eine Differenzierung nicht möglich war. Die Frau genas, ist aber später an Metastasen zugrunde gegangen. Von einem dem demonstrierten ähnlichen Falle las ich in der Festschrift für Landau von Pick; Pick leitet ihn als mesonephrischen Tumor ab.

Halban: Peham erwähnte bezüglich der Ätiologie auch die Kohnheim-sche Theorie. Für die Versprengung von embryonalem Gewebe scheint in diesem Falle die Anwesenheit von Knorpelgewebe zu sprechen, welches wohl als versprengtes Gewebe aufzufassen ist. Eine derartige Verlagerung von Knorpel scheint öfters vorzukommen. Ich habe selbst einen Fall beobachtet, bei welchem sich im sonst normalen Ovarium eines Affen eine Insel von reinem Knorpelgewebe gefunden hat und es gibt zwei ähnliche Fälle von Scanzoni und Schröder, welche in einem menschlichen Ovarium Knorpelgewebe fanden.

Peham: In den Traubensarkomen des Uterus findet man häufig nicht nur Knorpelgewebe, sondern auch quergestreifte Muskelfasern neben embryonalem Schleimgewebe.

Gegen die Cohnheim'sche Theorie wird vor allem angeführt, daß häufig im primären Tumor kein Knorpel und erst in den rezidivierenden Tumormassen Knorpel sich nachweisen ließ.

Die Ansicht von Wilms, daß nicht fertige Zellelemente, sondern noch undifferenzierte Zellgruben des mittleren Keimblattes deponiert sind, die in späterer Zeit, analog dem normalen embryonalen Vorgange sich differenzieren, ist sehr plausibel.

Was den vorliegenden Tumor anlangt, so ist derselbe, wie schon erwähnt, noch nicht vollständig untersucht.

IV. Diskussion zur Demonstration des Herrn Knauer: »Einige seltenere Fälle von Gebärmutterzerreißung.

Piskaček: Ich möchte mir einige Worte zu jenem Falle erlauben, bei dem es sich um eine submuköse Kontinuitätstrennung im Bereiche der Uteruswand gehandelt hat. Es wird sich die Mechanik nicht in der Weise deuten lassen, wie sonst bei räumlichen Mißverhältnissen die Entstehung der Uterusruptur gedeutet wird, daß es nämlich zu einer Überdehnung und dann zur Berstung kommt, wobei die Mukosa mit der Muskularis gleichzeitig einreißt, bei höheren Graden auch das Peritoneum. Hier handelt es sich um eine Zerquetschung des Gewebes durch die harte Unterlage des Drüsenpaketes, und zwar durch Gegendruck hervorgerufen. Daß es dabei nicht zur Läsion des Peritoneums in demselben Maße gekommen ist, erklärt sich daraus, daß das Peritoneum abgehoben wurde und dadurch aus dem Bereiche der Quetschung kam. Dadurch entstand ein Raum, in den es hineinbluten konnte, wie aus dem Nachweise des Hämatoms erhellt. Die Blutung war keine beträchtliche, und das spricht dafür, daß es sich nicht um eine Berstung, sondern um eine Zerquetschung des Gewebes gehandelt habe.

Schauta: Bezüglich des zweiten Falles muß ich sagen, daß die Ätiologie desselben eine besondere war und weit abweichend von der gewöhnlichen Ätiologie der Rupturen. Im zweiten und dritten Falle handelte es sich um peritoneale Defekte an der hinteren Wand, und aus diesen scheint die Verblutung erfolgt zu sein. Es wäre sonderbar, wenn ein ganz normales Peritoneum, ohne daß eine Verletzung der darunterliegenden Schichten erfolgt, berstet, und deshalb ist man zu der Annahme gezwungen, daß das Peritoneum schon vor der Berstung abnorm war.

Ich stelle mir die Sache so vor, daß vielleicht ursprünglich Adhäsionen vorhanden waren, und der Umstand, daß hauptsächlich die hintere Wand betroffen war, spricht dafür, daß Adhäsionen mit der hinteren Beckenwand vorhanden waren; daß diese beim Aufsteigen des schwangeren Uterus gezerrt wurden, und daß dann bei der unregelmäßigen Verteilung der Spannung des Uterus während der Wehentätigkeit auf diesem Punctum minoris resistentiae die Berstung erfolgte. Daß an einer solchen Stelle eine starke Blutung erfolgt, ist begreiflich, da wir ja wissen, daß Peritonealrisse auch ohne Gravidität stark zu bluten pflegen.

R. v. Braun: Ich möchte fragen, ob die Fixation des beweglichen Schädels von einer verläßlichen Hand ausgeführt wurde oder von einer Hebamme.

Ich möchte mich nicht der Ansicht von Piskaček anschließen, daß es sich hier um eine Quetschung handelt, sondern daß vielmehr die Ruptur entstanden ist durch Ausrutschen des Schädels, da eben die Ruptur auf der entgegengesetzten Seite erfolgte.

Gerade bei Kraniotomien entstehen Rupturen meist durch ungenügende Fixation des Kopfes. Ich möchte glauben, daß vielleicht eine momentane Überdehnung stattgefunden hat, bei der die Muskelwand an ihrer äußeren Peripherie eingerissen ist, daß dann der Druck nachgelassen hat, und daß es dann nicht zu einer kompletten Ruptur gekommen ist. Ich halte dafür, daß diese Ruptur außerordentlich selten ist, und daß der gewöhnliche Weg von innen nach außen und nicht, wie hier, von außen nach innen ist.

Piskaček: Ich habe gedacht, der Defekt in der Muskularis sei an der Seite des Drüsenpaketes erfolgt; dann wäre derselbe natürlich nicht auf Usurierung durch das Drüsenpaket zurückzuführen.

Knauer (Schlußwort): Gegenüber der Bemerkung Herrn Schauta's habe ich zu erwähnen, daß bei den drei hier gezeigten Fällen von Fissura uteri peritonealis nur bei dem ersten eine auch die oberflächlichen Muskelschichten betreffende Zerreißung bestand, aus welcher es zur Verblutung kam, in den beiden anderen Fällen handelte es sich nur um Fissuren des Bauchfelles ohne Muskelzerreißung und ohne Blutung in die Bauchhöhle. In einem der Fälle fanden sich Anhaltspunkte dafür, daß Adhäsionen vorhanden gewesen waren. Ob nicht vielleicht irgend welche prädisponierende Momente in Gewebsveränderungen zu suchen sind, habe ich schon neulich erwähnt, indem in allen drei Fällen vorzeitige Placentalösung vorlag und es sich gerade bei dieser um leicht zerreißliche Uteri handeln kann. Daß das Peritoneum durch vorausgegangene Entzündungen und Adhäsionen weniger dehnbar geworden wäre, davon konnten wir an den Präparaten keine Wahrnehmung machen, da weder von Adhäsionen, noch von Resten durchrissener Adhäsionen etwas zu sehen war. Ich bin deshalb der Meinung, daß die Zerreißung durch übermäßige Ausdehnung des Uterus infolge der Blutung in denselben zustande gekommen sei, und zwar durch Platzen der Serosa, wobei ich allerdings zugeben muß, daß eine besondere Zerreißlichkeit der Gewebe in meinen Fällen vorgelegen haben kann.

Was die Bemerkungen R. v. Braun's zu dem zuerst demonstrierten Falle betrifft, so muß ich erwähnen, daß die Frau sofort nach ihrer Aufnahme in die Klinik wegen der bedrohlichen Erscheinungen durch Kraniotomie entbunden wurde, wobei die Fixation des Kopfes einer unserer Ärzte besorgte. Die Operation war sehr leicht und die Entbindung daher sehr rasch erledigt. Ich glaube nicht, daß die Manipulationen bei derselben von irgend welchem Einfluß auf die Zerreißung waren, da man schon vor der Entbindung die drohenden Zeichen der Ruptur wahrnehmen konnte und nicht ganz sicher war, ob dieselbe nicht schon erfolgt sei. Das Vorhandensein des Hämatoms wurde zwar vor der Entbindung nicht konstatiert, doch glaube ich, daß es schon bestand, als wir an die Entbindung gingen, da es unmittelbar nach der Entbindung zu konstatieren war und eine solche Ausdehnung hatte, daß ich mir nicht vorstellen kann, daß es in der kurzen Zeit, welche zwischen Entbindung und Untersuchung lag, hätte entstehen können. Ich glaube, daß der Schädel durch das in der rechten Beckenhälfte liegende Drüsenpaket auf die andere Seite verdrängt wurde, wodurch es zu einer ungleich-

mäßigen Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes kam, wobei die nach außen liegenden und stärker gedehnten Muskelfasern zuerst einrissen. Daß es nicht zu einer perforierenden Ruptur gekommen ist, möchte ich darauf zurückführen, daß wir rascher die Entbindung vorgenommen haben, als es zu einer ins Uteruskavum sich erstreckenden Zerreißung hätte kommen können.

V. Diskussion zu dem Vortrage Blau's: Bericht über einige Fälle von Verwendung des Dilatatoriums von Bossi.

Schauta: Als im vorigen Jahre die Publikation von Leopold erschien mit einer warmen Empfehlung des Bossi'schen Instrumentes zur raschen Erweiterung des Uterus in dringenden Fällen, da war es den meisten Klinikern klar, daß sie in erster Linie die Verpflichtung hätten, das neue Instrument zu prüfen. Es war nur in einer neuen Form erschienen, ähnlich den Dilatatoren, wie sie schon zu verschiedenen Zeiten ersonnen wurden, wie von Busch, Ellinger, Schatz u. a., die schon längst vergessen waren; und das Bossi'sche Instrument ist nichts anderes als etwas ganz Altes und längst Bekanntes. Aber die Art der Anwendung war eine andere als die der früheren Instrumente und deshalb war es notwendig, dasselbe zu prüfen. Ich ging nun an die Prüfung desselben und werde Ihnen die Fälle kurz anführen, die ich damit behandelte und behandeln ließ. Es sind nur 4 Fälle.

a. Der Fall betraf eine 35jährige Erstgebärende mit vorzeitiger Placentalösung und hochgradiger Anämie. Wegen außerordentlicher Frequenz des Pulses und Arhythmie mußte an eine rasche Entbindung gedacht werden. Der Cervicalkanal war 2 cm lang, für einen Finger durchgängig, ziemlich rigide. Es wurde die Erweiterung mit dem Frommel'schen Instrumente vorgenommen, ohne Narkose wegen des bedrohlichen Allgemeinzustandes und sehr langsam. Nach 15 Minuten war der Cervicalkanal für drei Finger durchgängig. Von einem Weiterarbeiten mußte Abstand genommen werden, da nach beiden Seiten bereits bei dieser Weite des Muttermundes sehr bedrohliche Risse vorhanden waren. Kraniotomie.

b. 18jährige Erstgebärende, Eklampsie, Portio zapfenförmig. Äußerer Muttermund für einen Finger offen. Außerordentlich langsame Erweiterung bis auf 5 cm, die nach links einen Riß zur Folge hat, der bis zum Scheidengewölbe reichte. Die Erweiterung wird dann durch den Kolpeurynter vollendet.

c. 25jährige Erstgebärende, plattrachitisches Becken, Cervicalkanal 3 cm lang, für einen Finger durchgängig. Die Dilatation wurde diesmal so langsam durchgeführt, daß in einer Minute nur $^1/_4$ Umdrehung ausgeführt wurde. Nach jeder ganzen Umdrehung wurde zwei Minuten gewartet und der Muttermund kontrolliert. Auf diese Weise gelang es, in 45 Minuten die Dilatation auf 8 cm zu treiben, und zwar dieses Mal ohne Einriß. Der Cervicalkanal war für vier Finger durchgängig, aber — und ich betone dies besonders — er hatte seine frühere Länge von 3 cm behalten. Die Erweiterung kam wohl zustande, aber nicht die Verkürzung. Wendung. Bei der Extraktion entstand ein 4 cm tiefer Einriß.

d. Erstgebärende, $2^1/_2$ cm lange Cervix, Eklampsie, sechs Anfälle vor der Entbindung. Zur Dilatation wurde ein langer Zeitraum verwendet, $1^1/_2$ Stunden, um eine Zerreißung zu vermeiden. Der Cervicalkanal war dann 1 cm lang, 7 cm breit. Es kam zu keiner Verletzung, aber nach der Entbindung noch zu zwölf eklamptischen Anfällen.

Nach diesen meinen Erfahrungen werden Sie es begreiflich finden, daß ich mich nicht zu weiteren Versuchen ermutigt fühle. Wenn ein solches Instrument einen allgemeinen Wert für die Praxis haben soll, dann muß es in erster Linie physiologisch wirken. Physiologisch wirkt die Fruchtblase und der vorliegende Kindesteil, der den Cervicalkanal zum Verstreichen bringt und erweitert, ebenso der Kolpeurynter; das tut dieses Instrument aber nicht. Denn wenn der Cervicalkanal erhalten war, so bleibt er oder er wird nur um weniges verkürzt. Bei vorhandenem Cervicalkanale scheint daher das Instrument keinen großen Wert zu haben. Das Instrument muß ferner unschädlich sein, das ist es aber nicht, wenn es auch bei geringen Graden der Erweiterung und bei einem in der Praxis wohl

kaum anwendbaren Zeitverluste Einrisse setzt. Und ich muß sagen, daß mir Einschnitte selbst nach vier Richtungen mit nachfolgender Naht lieber sind als ein Einriß, dessen Ausdehnung, Lage und Tiefe ich nicht voraussehen kann. Ein eigentliches Bedürfnis besteht nach diesem Instrumente für mich nicht. Ich bin stets mit der intra-uterinen Kolpeuryse und mit Einschnitten ausgekommen. Und ist die Cervix so eng, daß man den Kolpeurynter nicht einführen kann, so leisten die Hegar'schen Stifte ganz gute Dienste. Sie werden es daher nicht übel nehmen, wenn ich nach diesen Erfahrungen von weiteren Versuchen abstehe und das Instrument nur in ganz besonderen Ausnahmsfällen anzuwenden gedenke.

Chrobak: Ich kann nicht sagen, daß ich mit hohen Erwartungen an die Versuche mit dem Instrumente Bossi's gegangen bin, doch habe ich die Pflicht empfunden, das Instrument zu prüfen. Die Aufgabe der Prüfung hat es uns nahe gelegt, das Instrument auch in Fällen anzuwenden, in denen es nicht gerade notwendig war und wo wir auch mit einem anderen Instrumente gut ausgekommen wären. Ich bin der Meinung, daß das Instrument nicht in die Hand eines jeden praktischen Geburtsarztes gehört, besonders nicht eines solchen, der nicht spezialistisch ausgebildet ist, der nicht eine feine Empfindung und eine große Erfahrung besitzt. Ich glaube, daß es immerhin Fälle gibt — und da habe ich in erster Linie die Eklampsie bei noch langem Halse, ferner die vorzeitige Placentalösung im Auge —, wo rascheste Hilfe geschaffen werden soll. Ich bin weit entfernt davon, zu behaupten, daß das Instrument unseren Anforderungen schon vollkommen entspricht. Die Konstruktion desselben ist, wie gesagt, eine äußerst sinnreiche, doch ist es so kompliziert und besitzt so viele Charniere, daß es nicht leicht zu gebrauchen ist. Die Schraube hat alle Augenblicke tote Gänge, welche die Dosierung der Kraft sehr erschweren.

Die Beweglichkeit der einzelnen Teile wird wesentlich dadurch erschwert, daß sich leicht Rost ansetzt — wenn vernickelt, gelangen die sich abstoßenden Nickelplättchen in die Charniere.

Ferner kann bei einem mit der Hand gearbeiteten Instrumente die Zentrierung der Schrauben nie so exakt sein wie bei maschineller Herstellung.

Auf den Übelstand, daß die kurzen Branchen, mit dünnen, kleinen Platten versehen, leicht in den Hals eindringen und verletzen können, habe ich schon aufmerksam gemacht und andere Ansätze angegeben.

Trotz allem will ich aber das Instrument nicht von der Hand weisen, eine sorgfältige und vorsichtige Handhabung läßt die Gefahren desselben nicht übermäßig groß erscheinen, nur will ich nochmals die Warnung wiederholen, das Instrument Ungeübten in die Hand zu geben.

Neueste Literatur.

3) Annales de gynécologie et d'obstétrique 1902. Oktober—Dezember.

1) Demons et Fieux. Tubargravidität in einer accessorischen Tube.

Der an und für sich schon hochinteressante Befund wird noch besonders bemerkenswert durch den Umstand, daß auch an den anscheinend gesunden, nur etwas hyperämischen und geschwellten Adnexen der anderen Seite eine accessorische, blind endende Tube mit Pavillon vorhanden war. So rechtfertigte sich glänzend das bei der Operation eingeschlagene radikale Verfahren, mit welchem beide Adnexe entfernt wurden. Denn da nach 5jähriger, steriler Ehe das erste zur Entwicklung gekommene Ei sich in dem accessorischen Gange einbettete, so wäre bei einer folgenden Schwangerschaft die gleiche Möglichkeit wie 1 : 2 gegeben gewesen.

2) A. Frühinsholz (Nancy). Die Rolle des Gonokokkus in der Schwangerschaft und im Wochenbett (ausgenommen beim Neugeborenen).

Die Gonorrhoe ist seltener als man glaubt ein Hindernis für die Konzeption.

Auch kann man die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht gerade besonders häufig als Folge gonorrhoischer Infektion ansehen, wenn auch einzelne Fälle vorliegen mit exquisitem Gonokokkenbefund in der Placenta (Fabre, Maslowsky, Draghiescu). Dagegen scheint umgekehrt die Gonorrhoe ungünstig durch die Gravidität beeinflußt zu werden, ja Verf. glaubt, daß das häufige Zusammentreffen der akutesten gonorrhoischen Erscheinungen mit dem ersten Beginne der Schwangerschaft nichts anderes darstellt als die Exacerbation einer latenten Gonorrhoe infolge der durch den schwangeren Zustand geschaffenen Bedingungen.

Was die Manifestation dieser Erkrankung im Wochenbett betrifft, so weist Verf. auf jene seltenen schweren und schwersten Fälle von Puerperalfieber hin, wo ein völlig aseptisches Verhalten während der Geburt keine andere Ätiologie zuläßt als das Vorhandensein einer Blennorrhagie, wenn auch das Band zwischen dieser und der Streptokokkenerkrankung vollkommen fehlt. Er bezeichnet derartige schwere, mit keiner ursprünglichen Gonokokkeninfektion in ursächlichen Zusammenhang zu bringende puerperale Zustände als »Accidents parablennorrhagiques«.

Bezüglich der eigentlichen gonorrhoischen Erkrankungen im Wochenbett stützt sich die Arbeit auf die deutschen Autoren Bumm, Krönig, Staehler und Winckler, Vogel, v. Franqué etc., deren Ansichten und Untersuchungsresultate uns bekannt sind.

3) Jakobson (Prag). Anatomische Untersuchung eines Lipofibroms des Uterus. (Aus dem Russischen übersetzt von Rahtsamer.)

Es handelte sich um ein Fibromyom, dessen Bindegewebsstränge derart mit Fettgewebe infiltriert waren, daß eine ausgedehnte Lipomatose vorlag. Es war eine interstitielle Geschwulst, die von einer 68 Jahre alten, an einer interkurrenten Krankheit verstorbenen Frau stammte. An einzelnen Stellen waren auch die Muskelzellen so sehr von Fett durchsetzt, daß der Tumor ganz seinen myomatösen Charakter verloren hatte.

4) Franta (Prag). Echinokokkuscysten des kleinen Beckens als Geburtshindernisse.

Nach 5monatlicher Unterbrechung findet hier die in ihren größten Teilen bereits referierte Arbeit (cf. d. Zentralblatt 1903 Nr. 10) noch eine Fortsetzung und Schluß.

Die Ansicht von Larre, daß der Inhalt des Tumors einen toxischen Einfluß auf den Fötus ausübe, so daß es häufig zum Absterben desselben komme, wird bei Durchsicht der übrigen Literatur nicht bestätigt, vielmehr scheint dieses Ereignis den durch die Geschwulst hervorgerufenen mechanischen Insulten zuzuschreiben zu sein.

Was die Diagnose betrifft, so ist diese ohne Punktion enorm schwierig, oft unmöglich. Wichtig ist das multiple Auftreten der Cysten und das meist gleichzeitige Ergriffensein der Leber. Infolgedessen kann die Untersuchung des Urins auf Gallenfarbstoff wichtige Anhaltspunkte liefern. Das Hydatidenschwirren ist kein verläßliches Symptom, es findet sich selten und ist auch bei anderen Tumoren konstatiert worden. Die Probepunktion gibt ebenfalls keine sicheren Resultate und ist auch wegen ihrer Gefährlichkeit zu verwerfen. Dabei ist jedoch wichtig, daß das Auftreten einer Urticaria nach der Explorativpunktion mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Echinokokkuserkrankung hinweist.

Behandlung: Während der Schwangerschaft ist die Operation das Beste. Sie kann in verschiedenen Verfahren bestehen, von der einfachen Inzision mit Drainage bis zur Exstirpation der Cyste. Bietet die Cyste ein Geburtshindernis, so ist die breite Inzision von der Vagina aus mit nachfolgender Drainage oder — wenn möglich — Extraktion der Cyste der bewährteste Eingriff. Läßt sich der Tumor nicht verkleinern, so ist unter Umständen die Sectio caesarea indiziert. Bei raschem Wachstum im Wochenbett soll man möglichst rasch operieren.

G. Frickhinger (München).

Harnorgane.

4) **Hunner** (Baltimore). **Uretero-vesical-anastomose.**

(John Hopkins hospital bulletin Vol. XIII. Nr. 13. Oktober.)

Verf. berichtet über eine neue von ihm nach vorhergehenden Versuchen an der Leiche jetzt mit Erfolg an 2 Pat. ausgeführte Implantationsmethode des Ureters in die Blase.

Zunächst eröffnet er die Blase im Fundus durch einen 2—3 cm langen Längsschnitt (Working incision). Durch diesen hindurch stößt er von innen her ein Skalpel an der Stelle durch die Blasenwand, wo er den Ureter zu implantieren wünscht. Das untere Ende des Ureters ist 1 cm lang gespalten, wodurch zwei seitliche Lappen an ihm gebildet sind. Durch die kleine für die Implantation bestimmte Wunde führt er zwei kleine Arterienpinzetten von innen her durch die Blasenwand durch, um damit die beiden Ureterläppchen zu fassen. Bevor er auf diese Weise den Ureter in die Blasenwand hineinzieht hat er zwei Seiden-, nur Serosa und Muskularis fassende Matratzennähte, eine vordere und eine hintere, durch die Blasenwand nahe der kleinen Wunde und durch die Ureterwand 5 mm oberhalb der Spaltung gelegt. Durch knüpfen dieser Nähte ist der Ureter in der Blasenwand befestigt.

Zwei weitere alle Schichten fassende Nähte vereinigen die seitlichen Ureterläppchen mit der Innenwand der Blase. Wählt man Seide, so muß auf die Innenseite der Blase geknüpft und die Enden müssen lang abgeschnitten werden, damit man sie später mittels Cystoskop entfernen kann. Bei Katgutnaht kann außen oder innen geknüpft werden mit kurzem Abschnitt der Enden.

Bevor man die letzteren Fäden knüpft kann man von den Ureterläppchen die Serosa und die betreffende Schleimhautstelle der Blase abtragen, damit auf diese Weise Muskel auf Muskel zu liegen kommt.

Der Schnitt im Fundus wird zum Schluß durch Seide oder Katgut vernäht.

Die Frage des subperitonealen Vorgehens und der Drainage wird von Fall zu Fall entschieden.

Die Nähte sorgen also nach dieser Methode für die Sicherheit des Erfolges der Ureterimplantation. Bei den zwei bisher hiernach operierten Fällen war das Resultat ein gutes. Eine weitere Mitteilung wird angekündigt.

Eversmann (Bonn).

5) **L. Schmidt** (Chicago). **Geschwürsbildung in der Blase.**

(Journ. of the amer. med. assoc. 1902. Juli 19.)

Die Arbeit gibt eine Beschreibung der einzelnen Formen der Ulcerationen in der Blase. Auffallend ist, daß nicht die charakteristische Form der ulcerösen Cystitis besprochen wird, wie sie bei der Inkarzeration der schwangeren Gebärmutter vorkommt.

Von sämtlichen Formen sei die tuberkulöse herausgegriffen: »Die tuberkulösen Geschwüre sind immer klein, in ihrer Nachbarschaft sind meist grauweißliche Knötchen zu konstatieren, die Anfänge der Blasentuberkulose. Entzündliche Reaktion in der Umgebung der Knötchen fehlt vollständig. Prädilektionsstelle ist das Trigonum, sowie die Umgebung der Ureterenmündung und Urethralmündung — entsprechend der descendierenden oder ascendierenden Form der Erkrankung«.

Das bei jeder Geschwürsbildung sich wiederholende Hauptsymptom ist der Schmerz; während jedoch bei der Tuberkulose der Urin häufig klar ist, bildet bei allen anderen Arten der Blutabgang ein wichtiges pathognomonisches Zeichen.

Bei allen Formen legt der Verf. in der Behandlung den Hauptwert auf die Curettage und die Kauterisation, event. Tamponade der Blase nach Eröffnung derselben.

G. Frickhinger (München).

6) **Stoner** (Highmore). **Blasenstein in der weiblichen Blase.**
(Med. news 1902. Juni 14.)

Fall von Blasenstein, dessen Ätiologie dadurch interessant ist, daß sie auf eine hochgradige Striktur im unteren Abschnitt der Urethra zurückzuführen ist. Die Verengerung war infolge einer Geburtsverletzung entstanden.

G. Frickhinger (München).

7) J. **Halban** (Wien). **Beiträge zur cystoskopischen Diagnostik.**
(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 48.)

1) Lacerationen der Uretermündung nach Passieren eines Nierensteines. H. entfernte ein haselnußgroßes Konkrement aus der Harnröhre; der Ursprung desselben aus der rechten Niere konnte cystoskopisch dadurch festgestellt werden, daß die rechte Uretermündung laceriert und belegt war. In Fällen, wo Nierensteine ohne Koliken in die Blase abgehen, könnte also durch Cystoskopie unter Umständen ihr Ursprung festgestellt werden.

2) Cystoskopische Diagnose einer Blasen-Leistenhernie. Eine Frau mit rechtsseitigem Ovarialkystom und Nabelhernie besaß eine linksseitige leicht reponible Inguinalhernie. Durch die Angabe der Frau, daß sie nach Reposition der Hernie leichter urinieren könne, aufmerksam gemacht, führte H. die Cystoskopie aus und konnte links vom Blasenscheitel ein Divertikel konstatieren, welches sich beim Pressen vertiefte und bei Druck von außen verkleinerte, ja bei vollkommener Reposition der Hernie verschwand. Die Operation bestätigte die Diagnose.

3) Periurethritis chronica fibrosa. Bei einer Pat., welche die Klinik Schauta wegen Harnbeschwerden aufsuchte, fand sich beim Katheterismus 1 cm vor dem Sphincter vesicae internus ein Hindernis; dasselbe ist bedingt durch einen Tumor, der die vordere Vaginalwand gegen das Scheidenlumen vorwölbt, taubeneigroß, hart, unempfindlich und ohne scharfe Grenzen ist. Auch cystoskopisch konnte man den Tumor in die chronisch entzündlich veränderte Blase vorspringen sehen. Da sich die Dysurie nicht besserte, weil der Tumor die Blase wie ein Ventil abschloß, wurde er zum Teil exzidiert; er bestand aus einem schwartigen Gewebe ohne Erweiterung und erwies sich unter dem Mikroskop als aus jungem Bindegewebe zusammengesetzt, somit als Entzündungsprodukt. Die Cystoskopie konnte das Vorhandensein einer eitrigen Einschmelzung des periuretritischen Tumors mit Sicherheit ausschließen.

4) Darmadhäsionen an der Blase. Eine Frau, welcher wegen beiderseitiger Adnextumoren Uterus und Adnexe vaginal entfernt worden waren, suchte wegen Blasenbeschwerden die Klinik auf. Neben Cystitis konnte H. ein interessantes Phänomen beobachten. Es zeichneten sich nämlich durch die Blasenwand mit größter Deutlichkeit einige Darmschlingen — offenbar Dünndarm — ab. Ein Abdrängen des Darmes gelang nicht. Nach allem dürfte es sich um eine adhäsive Fixation des Darmes am Blasenperitoneum gehandelt haben.

Keitler (Wien).

8) **Bierhoff** (New York). **Die Technik der Cystoskopie bei weiblichen Patienten.**
(Med. news 1902. Mai 3.)

Verf. legt besonderen Wert auf sein Verfahren, nach Einführung des Cystoskops dasselbe zunächst als Sonde zu benutzen, um sich über die Lage des Uterus, über etwaige Verzerrungen der Blase und über die Größe derselben zu orientieren. Wer sich über diese Verhältnisse Klarheit verschafft hat, vermeidet am leichtesten Verbrennungen der Blasenwand durch die Lampe, die häufigste Quelle der Infektion nach der Cystoskopie.

G. Frickhinger (München).

9) **Taussig** (Wien). **Über die postoperative Harnverhaltung und deren Folgen.**
(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 40.)

Das beobachtete Material erstreckt sich auf 282 Fälle, welche Coeliotomia anterior, vaginale Totalexstirpation, Pelottenoperation (nach Wertheim), abdomi-

nale Radikaloperation betrafen. Auffallend ist hierbei zunächst die Übereinstimmung der Ausdehnung der Blasenlösung mit der Häufigkeit der Retentionen. Daß aber diese Loslösung wie beim Ureter zu Ernährungsstörungen und indirekt zur Harnverhaltung und Cystitis führe, dagegen sprechen verschiedene Umstände; vielmehr ist nach den angestellten Untersuchungen anzunehmen, daß durch die radikale Entfernung der Parametrien bei den abdominalen Radikaloperationen, z. B. wegen Karzinomen, eine nicht zu verachtende Störung der Blaseninnervation erfolgt.

Trotz genauester Anwendung aseptischer Kautelen beim Katheterismus trat in der Regel, wenn die Retention andauerte, am 6. Tage p. op. eine durch Bakterien und Eiter bedingte Trübung des Urins auf. In einem Falle konnte nachgewiesen werden, daß es sich hierbei um Einwanderung von Darmbakterien in die Blase handelte. Bakteriologische Untersuchungen weiterer Fälle zeigten, daß zwischen dem 6. und 8. Tage p. op. plötzlich eine bedeutende Vermehrung der Bakterien auftrat, während vorher der Harn entweder steril war oder nur wenige Kolonien auf der Platte aufgingen. Die gefundenen Bakterienarten stimmten mit denen anderer Forscher überein.

Intravesikale Faradisation schien gut zu wirken, weniger befriedigend war die Dilatation der Urethra mittels Hegarstifte; günstig erwies sich das Aufstehen vom Bette.

Zur Verhütung einer Cystitis prophylaktisch vorgenommene Protargolspülungen waren ohne großen Erfolg. Urotropin war im Vergleich zu anderen inneren Mitteln vorzuziehen; seine Wirkung scheint eine nur hemmende zu sein, demgemäß versagt es in schweren Fällen, wo nicht die Menge der Bakterien, sondern die des Eiters und der Epithelien überwiegt. Hier bewähren sich Blasenspülungen mit Argentumderivaten am besten. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

10) J. Rendu (Lyon). Uterusfibrom als Ursache von Albuminurie.

(Lyon méd. 1902. Juni 8.)

Pat. ist 44 Jahre alt, Mutter von 4 Kindern und leidet seit 6—7 Jahren an immer profuser werdenden Menstruationen, die endlich zu starker Anämie, Kräfteverfall und fast unaufhörlichen Kopfschmerzen führten. Urin enthielt 0,47 cg Albumen im Liter. Es werden ein kindskopfgroßes (neugeboren) und ein höher obensitzendes, kleineres, submuköses Myom entfernt; das erstere nahm etwa den Beckeneingang ein und ragte ins Becken herunter. Jahrelange Versuche mit medikamentöser etc. Behandlung waren fruchtlos gewesen. Nach der Operation waren sofort und blieben Eiweiß und Kopfschmerzen verschwunden. Verf. glaubt den Fall veröffentlichen zu müssen, da er illustriere, wie auch verhältnismäßig kleine Tumoren dieser Art durch Druck Albuminurie herbeiführen können.

Zeiss (Erfurt).

11) Etéviant (Lyon). Adenoide Vegetationen und Incontinentia urinae.

(Lyon méd. 1902. August 24.)

Durch anderweitige Publikationen aufmerksam gemacht, wandte sich Verf. dem behaupteten Kausalnexus zwischen adenoiden Rachenwucherungen, dicken Mandeln und sonstigen Erkrankungen, die die Nasenatmung stören, mit gleichzeitiger Incontinentia urinae zu. Er konnte nicht nur in einem nicht geringen Prozentsatze das Zusammenvorkommen bestätigen, sondern hat auch durch operatives Vorgehen sehr ermutigende Erfolge erzielt. Er gibt zu, daß die Natur dieser Beziehungen noch unklar ist, aber die Erfolge seien unbestreitbar da.

Zeiss (Erfurt).

Verschiedenes.

12) H. A. Kelly (Baltimore). Die Behandlung der Blasen-Scheiden- und Mastdarm-Scheidenfisteln hoch oben in der Scheide.

(Bull. of the John Hopkins hospital 1902. April-Heft.)

K. versuchte bei einer hoch oben im Scheidengewölbe liegenden Blasen-Scheidenfistel diese frei zu machen, indem er zuerst das dünne Septum an dem Gewölbe einschnitt und in das Peritoneum eine Öffnung von 2—3 cm Länge von einer zur anderen Seite machte, statt wie gewöhnlich breitere seitliche Einschnitte zu machen. Dann wurde das Blasen-Scheidenseptum vom unteren Ende der Fistel bis in das Trigonum vesicale eingeschnitten. Hierdurch wurde es möglich, die Blase mit Leichtigkeit rings von den Rändern der Fistel weit abzulösen, ohne diese aber anzufrischen; es wurde überhaupt kein Gewebe entfernt. Darauf wurden die Blasenflächen in die Höhlung hineingestülpt und die Muscularis mit feinen Knopfnähten vernäht. Ebenso wurde die Scheidenwand geschlossen. Es erfolgte nun Verheilung der Wunde in deren oberem Teile, in welchem die Fistel sich befand und das Gewebe narbig war, während der untere neue Teil in gutem Gewebe nicht verheilte. Bei einer zweiten Operation wurden dann erst die Fistelränder angefrischt und vernäht, außerdem die offen gebliebenen Teile der Wunde.

Nach ähnlichem Plane kann man auch hochgelegene Mastdarm-Scheidenfisteln behandeln. Das Wichtige dabei ist, daß man die durchschnittenen Teile sehr gut ablösen und mobilisieren kann, was für die Heilung einen großen Vorteil bildet.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

13) Newman (Chicago). Blutstillung im breiten Mutterband.

(Annals of surgery 1902. Juniheft.)

Um ganz sicher das Auftreten einer Blutung nach dem Durchschneiden des breiten Mutterbandes zu verhüten, empfiehlt N. den kombinierten Gebrauch des Angiotribes und der Einzelunterbindung der Arteria ovarialis und bei Uterusamputation auch der Arteria uterina. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

14) Taylor (Philadelphia). Brand des rechten Unterarmes nach vaginaler Hysterektomie.

(Annals of surgery 1902. Juliheft.)

Bei einem totalen Vorfall der Gebärmutter wurde die vaginale Hysterektomie ausgeführt, welche durch die vorhandene Verengerung des Beckens allerdings etwas erschwert wurde. Am 9. Tage stellten sich abnorm niedrige Temperaturen ein, der Leib schwoll an und der Puls wurde sehr schnell, auch trat fauliger Ausfluß aus der Scheide ein, kurz, deutliche Zeichen von Sepsis. Allein die Kranke erholte sich, als sich am 12. Tage Zeichen von Lähmung und schließlich Brand des rechten Unterarmes einstellte, welcher zur Amputation nötigte; schließliche Genesung. Doch gesteht Verf. zu, daß vor der Operation etwas Eiweiß ohne Cylinder im Harn gefunden worden war, daß die Herztöne nicht ganz rein, die Beine ödematös waren und trotzdem wurde die Operation gewagt.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

15) Lynch (Baltimore). Übertragung durch die Placenta, mit Bericht einiger Fälle von Typhus.

(John Hopkins hospital reports Vol. X. Nr. 3—5.)

Der Typhusbazillus kann von der Mutter auf der Fötus in utero übergehen und erzeugt bei diesem Septikämie. Meist pflegen in solchen Fällen placentare Blutungen stattzufinden. Die Frucht stirbt entweder in der Gebärmutter ab oder

sogleich nach der Geburt, Lebenbleiben derselben nach stattgefundener Infektion scheint nicht vorzukommen. Selbst wenn die Typhusbazillen die Placenta durchdrungen haben, braucht die Widal'sche Probe mit dem Blute der Frucht nicht stets positiv auszufallen. Ob die agglutinierenden Stoffe durch die Anwesenheit der Bazillen selbst im Blute bedingt sind oder ob sie durch das placentare Gewebe hindurch filtriert sind, kann nicht sicher festgestellt werden.

Auch durch die Milch können die agglutinierenden Stoffe auf den Säugling übergehen. Dabei ist aber die Reaktion mit dem Blute des Säuglings stets vorübergehend und immer schwächer als mit dem Blute der Mutter.

Lühe (Königsberg i/Pr.).

16) **A. Muggenthaler.** Über einen Fall von Gallertkrebs der Mamma.

Inaug.-Diss., München, 1901.

61jährige Frau, 6mal geboren, Kinder teilweise selbst gestillt. Nie krank, mit Ausnahme von Rheumatismus. Keine Mastitis, auch nie Entzündungen und Ödeme an der Brust. Keine Spur von Krebskachexie. Vor 3 Jahren Auftreten eines kaum haselnußgroßen Knotens in der rechten Mamma. $2^1/_4$ Jahre zeigte die Geschwulst nicht die leiseste Veränderung. Plötzlich fing sie an zu wachsen, nach $^3/_4$ Jahren Mandarinengröße. Bei der Operation zeigt sich der Tumor mit der Haut fest verwachsen, gut verschieblich auf seiner Unterlage. Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle. Nach $1^1/_2$ Jahren ohne Rezidiv. Auf der Schnittfläche zeigt die Geschwulst eine alveoläre Struktur, zwischen deren Maschen gallertige Pfröpfe herausquellen. Mikroskopisch zeigen sich bald dickere, bald dünnere Bindegewebszüge, welche größere und kleinere Alveolen bilden, in denen sich in Schleim eingebettete Zellnester befinden. Ein großer Teil ist auch frei von Zellnestern und nur mit Gallerte gefüllt.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

17) **P. Linser** (Tübingen). Über Beckenluxationen.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXXV. Hft. 1.)

So relativ häufig auch die Symphysenrupturen infolge von Geburten sind, so selten sind die Beckenluxationen in anderen Gelenkfugen und aus anderen Ursachen. Bisher sind sie nur 15mal beobachtet worden, und zwar entweder als Luxation der einen Beckenhälfte mit Lösung der Symphysis pubis und sacro-iliaca oder als Verrenkung des Kreuzbeines mit oder ohne Trennung der Schambeinfuge. Die Luxationen des Kreuzbeines sind fast immer, die der einen Beckenhälfte in nahezu der Hälfte aller Fälle infolge der Weichteilverletzungen tödlich verlaufen. Häufig sind sie durch Beckenfrakturen kompliziert. Sie entstehen durch schwere Traumen (auch Fall aufs Gesäß und auf die Füße).

Die Diagnose wird erschwert durch Schwellung und Druckempfindlichkeit; sie verlangt die Untersuchung vom Rektum aus. Die Behandlung besteht in der Reposition, in manchen Fällen bewährt sich allmählich verstärkte Gewichtsextension an dem entsprechenden Beine mit Gegenzug an der anderen Beckenseite.

Calmann (Hamburg).

18) **Edebohls** (New York). Ist die Operation nach Kraske bei Frauen gerechtfertigt?

(Sonderdruck.)

Die Operation nach Kraske mit Resektion des Kreuzbeines oder Steißbeines zur Entfernung bösartiger Geschwülste des Rektums sollte bei Frauen nicht angewendet werden. Tiefsitzenden Geschwülsten kann man durch Resektion des Rektums von der Vagina aus beikommen, bei hochsitzenden Tumoren ist jedoch der abdominale Weg vorzuziehen. Denn nur so ist es möglich, die so oft ergriffenen Sakraldrüsen und überhaupt benachbartes, ebenfalls erkranktes Gewebe mitzuentfernen. Weiter gibt die Köliotomie sofort Aufschluß, ob Metastasen — vor allem in der Leber — bestehen, was die Ausführung einer Operation — wie die

Resektion des Rektums — verwerflich machen würde. Auch ist die Asepsis bei der Kraske'schen Operation keine so sichere, die Verletzung wichtiger Nervenstämme immer zu fürchten und die Nachbehandlung kompliziert.

Die Köliotomie hat schließlich den großen Vorteil, den notwendigen operativen Eingriff in einer Sitzung durchzuführen, dabei darf man sich nicht scheuen, einen selbst graviden Uterus zu entfernen, um sich Zugang zu den ergriffenen Partien zu verschaffen. So hat Verf. in einem Falle von hochsitzendem Rektumkarzinom, kompliziert mit Gravidität im 4. Monate, die Hysterektomie vollzogen, den erkrankten Teil des Rektums reseziert, eine Anastomose zwischen Flexur und Rektum angelegt und die benachbarten Drüsen ausgeräumt. Die Pat. genas.

G. Frickhinger (München).

19) **Edebohls** (New York). Eine neue Prolapsoperation.

(Sonderdruck.)

In sehr schweren Fällen von Prolaps, wenn von der Pat. auf die Möglichkeit späterer Kohabitation verzichtet wird, macht Verf. die von ihm so benannte »Panhysterokolpotomie«. Die Operation besteht in der Totalexstirpation des Uterus mit möglichst ausgiebiger Resektion der Vaginalwände und schließlicher Verödung des Genitalschlauches durch Vereinigung der Stümpfe und der Wundflächen mittels etagenmäßig übereinander gelegter Tabaksbeutelnähte.

G. Frickhinger (München).

20) **A. Lea.** Spinalanästhesie durch Cocain in der Gynäkologie.

(Sonderdruck.)

Verf. hat 18mal die Spinalanästhesie angewendet. Darunter waren 3 Ovariotomien, 1 Kaiserschnitt, Adnexoperation, Ventrofixationen etc. etc. Einmal trat keine anästhesierende Wirkung ein, wahrscheinlich weil die Lösung nicht in den Subarachnoidealraum eingespritzt worden war. Irgend welche Symptome, die auf eine Gefahr hingedeutet hätten, traten nicht auf, kein Anzeichen von Chok.

Drei Symptome sind es jedoch, welche besondere Aufmerksamkeit verdienen:

1) Übelkeit. Meist geringer als bei Totalanästhesie.
2) Temperatursteigerung (veränderte Druckverhältnisse der Cerebrospinalflüssigkeit) wurde bis 39,9° beobachtet.
3) Kopfschmerz. Dauert bis 3—4 Tage nach der Operation an. Phenacetin zu empfehlen.

Es gibt seltene Fälle, wo eine absolute Reaktionslosigkeit gegenüber Cocain besteht und selbst große Dosen keine genügende Anästhesie bewirken.

Die Dosis der Injektion soll nie 0,013—0,016 überschreiten. Bei höheren Gaben sind Kollapserscheinungen beobachtet. Der Vorsicht halber kann man am Tage vor der Operation der Kranken 0,03 Cocain subkutan injizieren, um so die individuelle Empfindlichkeit gegen das Mittel zu prüfen.

Indikationen und Kontraindikationen der Spinalanästhesie können noch nicht formuliert werden, das Verfahren ist noch im Entstehen begriffen.

G. Frickhinger (München).

21) **Gellhorn** (St. Louis). Schußwunden des schwangeren Uterus.

(Sonderdruck.)

Verf. hat aus der Literatur 23 Fälle von Schußverletzungen des schwangeren Uterus gesammelt. Schußverletzungen ereignen sich nicht vor dem 4. Monate und werden mit zunehmender Größe des Organes häufiger. In gerichtsärztlicher Hinsicht ist die Unterscheidung einer eigenhändig beigebrachten Verwundung von einer solchen durch dritte Hand wichtig. Aus dem »Brandsaum«, seiner Gestalt und seiner Lage kann die Richtung erkannt werden, in welcher der Schuß abgefeuert wurde.

Fast immer ist eine sehr rasch einsetzende Wehentätigkeit zu erwarten.

Für die Diagnose sind Schußrichtung, Größe der Blutung, Ausfluß von Fruchtwasser, Verschwinden der kindlichen Herztöne maßgebend.

Wenn auch die Mortalität nach den mitgeteilten Berichten nur auf 22,5% sich beläuft, so bedeutet doch jede solche Verletzung eine sehr hohe Gefahr für das Leben, in erster Linie wegen der großen Wahrscheinlichkeit der Einführung von Keimen durch das Geschoß. Diese Annahme hat sich durch Versuche an Kaninchen (Estor und Puech) bestätigt.

Die Behandlung erfordert rasches und energisches Eingreifen. Unter gewissen Verhältnissen mag wohl konservatives Verhalten (Nähen der Uteruswunde) angezeigt sein, meist aber ist die ausgedehnte Laparotomie notwendig unter genauer Untersuchung nach etwaigen Verletzungen des Darmes und mit Entfernung des verletzten Uterus nach vorangegangenem Kaiserschnitte. Porro oder Totalexstirpation sind die Verfahren der Wahl. **G. Frickhinger** (München).

22) **Gellhorn** (St. Louis). Ein seltener Fall von Vaginitis exfoliativa. (Sonderdruck.)

Den seltenen Fällen von Vaginitis exfoliativa reiht Verf. einen neuen an, bei welchem sich die Vaginalschleimhaut in ihrem vollen Umfange ablöste. Die Ursache war ein kaustischer Reiz durch Suppositorien, und der Vorgang wiederholte sich innerhalb 6 Wochen 9mal. In den ersten 24 Stunden nach Einführung des Suppositoriums wurden wehenartige Schmerzen verspürt, und nach 3mal 24 Stunden ging immer bei einer warmen Irrigation die Haut ab. Die 9 Membranen wurden von der Pat. aufgehoben und dem Verf. zur Untersuchung übergeben.

Jede Membran stellt einen vollkommenen Ausguß der Vaginalhöhle dar und entspricht auch in den feineren Details genau der Oberfläche der Vaginalschleimhaut (Columna rugarum). Mikroskopisch findet sich geschichtetes Plattenepithel mit verhornten Epithelien wie in situ. **G. Frickhinger** (München).

23) **Gellhorn** (St. Louis). Karzinose der inneren weiblichen Genitalien. (Sonderdruck.)

Es gibt eine seltene Form der Ausbreitung des Karzinoms der inneren Genitalien. Dieselbe erfolgt nicht auf dem Wege der Lymphgefäße, sondern per continuitatem. Man muß sich dabei vorstellen, daß die Karzinompartikelchen den gleichen Weg einschlagen wie das aus dem Graaf'schen Follikel frei gewordene Ei. Diese seltenen Fälle charakterisieren sich dadurch, daß die maligne Neubildung (wenigstens in ihren ersten Stadien) auf den Epithelüberzug der sekundär ergriffenen Organe beschränkt ist. Der Verf. ist in der Lage, zwei einschlägige Operationsbefunde mitteilen zu können. Er weiß aber den Übergang der Neubildung von den Ovarien auf die Tube in dem genannten Sinne nicht zu erklären. Denn in dem Endothel der Ovarien konnte er weder makroskopisch noch mikroskopisch einen Defekt nachweisen.

Die praktische Konsequenz, die aus dieser Art des Fortschreitens des Karzinoms gezogen werden muß, ist die, daß bei Karzinom der Ovarien der Uterus mit entfernt werden muß und vice versa. **G. Frickhinger** (München).

24) **Krusen** (Philadelphia). Instrumentelle Perforation des Uterus. (Sonderdruck.)

Bei einer Curettage des Uterus nach vorausgegangenem Aborte fühlte man plötzlich im oberen Teile der Gebärmutter eine weiche Masse. Hervorgezogen, erwies sie sich als Netz. Ein beigezogener Chirurg machte die Köliotomie. Die Pat. genas. **G. Frickhinger** (München).

25) **Vowinkel** (San Francisco). Die operative Behandlung der Fibromyome des Uterus. (Sonderdruck.)

Verf. ist keiner von denen, welche in dem Vorhandensein eines Myoms an sich die Indikation zu seiner operativen Entfernung erblicken; er zieht Lebensalter sowie Lebensstellung in erster Linie in Betracht. Der abdominale Weg erscheint ihm der beste. Die Unterbindung der Artt. uterinae von der Vagina aus verwirft er wegen der Gefahr der Nekrose.

Bei 123 Myomkranken wurde 22mal vaginal und 101mal abdominal operiert. Von den letzteren 101 Fällen wiesen 60 irgend eine Komplikation auf — wie Verwachsungen, Adnexentzündungen, Ovarialtumoren etc., unkompliziert waren 41. Von den ersteren starben 7, von den letzteren 2. Drainage wurde 18mal angewendet mit 2 Todesfällen — »trotz, nicht wegen der Drainage«. Die jüngste Pat. war 22 Jahre alt, die große Menge war zwischen 30 und 40 und 40 und 50 Jahre. Nulliparae waren 57.

Nachträgliche sarkomatöse Degeneration der zurückgelassenen Ovarien hält Verf. für sehr selten und für nicht mehr wahrscheinlich als unter gewöhnlichen Umständen. Die Kastration als kuratives Mittel verwirft er. Die Drainage ist zwar nicht wünschenswert, unter gewissen Umständen jedoch notwendig, ja lebensrettend (bei Eiteraustritt aus der Tube).

Die Zurücklassung der Ovarien ist nur unter sehr günstigen Blutcirculationsverhältnissen angebracht, sonst entstehen durch die Ligatur Veränderungen des Endothels der Ovarien und Verwachsungen mit benachbarten Organen, namentlich des linken Ovariums mit dem Mastdarme.

Zwischen supravaginaler Amputation und völliger Exstirpation erkennt Verf. keinen prinzipiellen Unterschied an. **G. Frickhinger** (München).

26) **S. D. Michnow.** Über die chirurgische Behandlung der Uterusfibromyome.

(Russki Wratsch 1902. Nr. 13.)

Verf. berichtet über 14 Fälle von Uterusfibromyom, die von Prof. Fenomenow in der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik des medizinischen Institutes für Frauen in St. Petersburg operativ behandelt wurden. In einem Falle wurde Ausschabung und Vaporisation der Uterushöhle ausgeführt, in einem Falle bei submukösem Myom mit fauligem Zerfalle des Tumors wurde derselbe per vaginam exstirpiert; in 10 Fällen wurde Laparotomie ausgeführt, wobei in einem Falle der Uterus total exstirpiert wurde, in den übrigen 9 Fällen wurde supravaginale Uterusexstirpation, in 2 Fällen endlich vaginale Uterusexstirpation ausgeführt, wobei in einem Falle der Uterus total und in einem durch Zerstücklung exstirpiert wurde. Alle operativ behandelten Pat. wurden gesund entlassen. Von 10 Kranken, die per laparotomiam behandelt wurden, war der Verlauf bei normaler Temperatur vollständig glatt; bei 3 Kranken, bei normalem Verlaufe und Abwesenheit von Komplikationen, wurde mehrere Tage nach der Operation Temperaturerhöhung beobachtet, die im Zusammenhange mit unvollständiger oder unregelmäßiger Tätigkeit des Darmes war; bei einer Kranken war geringe Temperaturerhöhung, die von Eiterung im Kanale einiger Nähte der Bauchwand abhing. Bei beiden Kranken, die per vaginam operiert wurden, wurde geringe Temperaturerhöhung beobachtet.

Verf. meint, daß man 1) bei chirurgischer Behandlung der Uterusfibromyome verschiedene operative Methoden anwenden muß und 2) die supravaginale Amputation fast immer vorgezogen werden muß.

Laparotomie, im Vergleiche mit der vaginalen Methode, hat nach Verf.s Meinung folgende Vorzüge: 1) Der Operateur hat ein breites, gut sichtbares Operationsfeld; 2) deshalb wird die Möglichkeit, konservativ zu operieren, gegeben und nur kranke Organe zu entfernen; 3) da das Operationsfeld genau sichtbar ist, kann man sicherer operieren, schneller Blutungen stillen, zufällige Verletzungen der Blase, des Darmes etc. vermeiden; 4) bei sehr großen Tumoren und bei einigen anatomisch-topographischen Besonderheiten des Tumors, z. B. bei intraligamentären Myomen, ist der Weg per laparotomiam viel bequemer als per vaginam; 5) die Operation erfolgt schneller, deshalb dauert die Narkose kürzer; 6) da bei Laparotomie die Operation womöglich konservativ ausgeführt wird, so begegnet man viel seltener Komplikationen, die infolge vorzeitigen künstlichen Klimakteriums eintreten; bei supravaginaler Uterusexstirpation bleibt das vaginale Uterusgewölbe und dieses hat seine Bedeutung.

Was die Operationstechnik der supravaginalen Amputation betrifft, so hat Prof. Fenomenow folgende Forderungen aufgestellt: 1) Vor der Operation muß die Uterushöhle genau desinfiziert werden; 2) die Gefäße müssen nicht en masse, sondern einzeln unterbunden werden; 3) in der Bauchhöhle muß keine Höhle ohne Peritonealüberzug gelassen werden.

Auf Grund seiner Beobachtungen zieht Verf. folgende Schlüsse:

1) Bei jedem Uterusfibromyom muß man genau seine Besonderheiten bestimmen und nur dann die nötige Operationsmethode wählen, wobei man in jedem Falle womöglich konservativ operieren muß.

2) Am öftesten muß man bei interstitiellen Uterusfibromyomen die supravaginale Uterusexstirpation ausführen.

3) Wenn die letztere Operationsmethode ausgeführt wird, so muß man nach der von Prof. Fenomenow ausgearbeiteten Methode operieren.

M. Gerschun (Kiew).

27) **A. M. Nowikow.** Über Vaporisation.

(Journ. akusch. i shensk. bolesnej 1902. Nr. 1. [Russisch.])

Auf Grund der Literaturangaben und seiner eigenen Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die von Prof. W. Th. Sneguireff im Jahre 1894 vorgeschlagene Vaporisation mit gutem Erfolge bei Endometritiden, Aborten, hämophilischen Uterusblutungen, Karzinomen, Myomen, klimakterischen Blutungen zur Stillung der Blutung und Auskratzung der Schleimhaut angewendet werden kann. Vaporisation ist eine vollständig ungefährliche Methode. Bei Eiterungsprozessen im Parametrium oder Adnexen ist Vaporisation kontraindiziert, wenn keine Lebensindikation vorhanden ist. Bei Vaporisation wirkt unmittelbar der Dampf, wobei man den gesättigten, nicht aber den aufgewärmten Dampf anwenden muß. Bei Vaporisation gibt der Dampf seine verborgene Wärme dem Gewebe und dem Blute ab, weshalb das Bluteiweiß gerinnt und das Gewebe ausgekocht wird. Der Dampf wirkt desto schneller, je größer der Druck und deshalb die Dichtigkeit ist. Bei Vaporisation der Uterushöhle erhöht sich die Temperatur und der Druck in derselben schnell bis zur Temperatur und dem Drucke im Kessel. Der Dampf kocht das Gewebe gleichmäßig ab. Schlechte Erfolge bei Blutstillung mit Hilfe der Vaporisation bekommt man nur, wenn die Uterushöhle mit Blut ausgefüllt ist, da das Blut infolge der Vaporisation sofort gerinnt, weshalb es vor der Operation aus der Uterushöhle fortgeschafft und die Placentarreste entfernt werden müssen. Der beste Dampfkessel ist der von Prof. Sneguireff vorgeschlagene. Die Vaporisation kann ohne Narkose nach vorläufiger Dilatation der Uterushöhle ausgeführt werden. Nach der Vaporisation müssen die Kranken im Bette liegen bleiben. Die Vagina wird vor Brandwunden durch Anwendung der Holzspekula oder kalter Irrigationen beschützt, die Cervix durch Guttaperchaöhre oder Celluloidhüllen. Das beste Vaporisationsrohr für die Uterushöhle ist das mit seitlichen Öffnungen ohne Zentralöffnung. Für Flächenvaporisation wird der Dampf von 1—1½ Atmosphären im Verlaufe einer halben Minute, für tiefe eine Minute lang oder von 1½—2 Atmosphären eine halbe Minute lang angewendet. Man soll nicht mit dem Rohre den Fundus und die Uteruswunde berühren; zuweilen verstopft das geronnene Blut und Gewebsstückchen die Öffnungen des Rohres, dann muß das Rohr herausgenommen, gereinigt und wieder eingeführt werden. Drainage und Ausspülung der Gebärmutter sind überflüssig. Außer in der Chirurgie kann die Vaporisation bei Nasenblutungen, arteriellen Blutungen, Milzresektion, Fisteln, eitrigen Dakryocystiten, Empyemen der Stirnhöhle, Aktinomykose der Bauchwand, Hämorrhoiden angewendet werden. Bei atonischen Blutungen nach der Geburt kann Vaporisation lebensrettend wirken.

M. Gerschun (Kiew).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

Zentralblatt
für
GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von
Heinrich Fritsch
in Bonn.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrganges 20 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nr. 26. Sonnabend, den 27. Juni. 1903.

Inhalt.

Vom internationalen Kongreſs in Madrid.

1) Joaquín Cortiguera (Santander): Sobre las indicaciones de la histerectomía en el puerperio séptico agudo. Madrid, Nicolás Moya, 1903.

Verf., mit dem Referate über dieses Thema beauftragt, hat, um sich dieses Auftrages möglichst umfassend entledigen zu können, nicht nur die gesamte bezügliche Literatur sorgfältig durchstudiert, sondern auch noch 62 Professoren der Gynäkologie und Geburtshilfe aus allen Ländern um ihr Urteil und Mitteilung etwaiger noch nicht publizierter Fälle ersucht. Im ersten Teile der sehr fleißigen Arbeit wird zunächst eine umfassende Kasuistik, systematisch zusammengefaßt, wiedergegeben, im zweiten Abschnitte werden die verschiedenen fieberhaften Wochenbettserkrankungen durchgesprochen. Verf. kommt dabei zu folgendem Resultate:

1) Bei sorgfältiger Prophylaxe wird puerperale Infektion so gut wie nie vorkommen.

2) Die intra-uterine Therapie heilt fast alle puerperalen Infektionen, wenn sie nur zweckmäßig und mit der nötigen Strenge durchgeführt wird.

3) Es gibt einige Ausnahmefälle, in denen die Hysterektomie angezeigt sein wird, wenn die lokalen Mittel nicht genügen, die Infektotoxämie nieder zu ringen.

4) Die eine Operation am meisten rechtfertigenden Infektionen sind die im Uterus, den Adnexen und dem Beckenperitoneum lokalisierten; allgemeine Peritonitis und Sepsis sind jedoch kein Hindernis, die Operation zu gestatten.

5) Bevor man sich zur Verstümmelung entschließt, muß man sich jedoch vergewissern, daß das Gift nicht vom Perineum oder der Vagina stammt, daß es sich nicht um eine Infektion auf dem absteigenden Circulationswege oder um eine solche handelt, bei welcher nicht der Uterus wesentlich beteiligt ist, und daß die Defensivdrüsen (gemeint sind hauptsächlich Leber und Nieren, Ref.) nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen intakt sind.

6) Die Hysterektomie können ferner kontraindizieren Kollapszustand oder äußerster Mangel an Körperkräften.

2) A. Pinard (Paris): Indications de l'hysterectomie dans l'infection puerpérale aigue. Paris, G. Steinheil, 1903.

Ganz anders als Cortiguera behandelt der bekannte französische Geburtshelfer, der zweite Referent, sein Thema. Ein eleganter Fechter, sich stützend hauptsächlich auf seine eigene große Erfahrung, bespricht er die Frage kurz in großen Zügen. Er bezieht sich auf die Verhandlungen über die nämliche Angelegenheit auf dem letzten internationalen Gynäkologenkongreß in Rom, citiert die Schlüsse der damaligen vier Referenten Fehling, Leopold, Treub und Tuffier, und wendet sich hauptsächlich gegen letzteren, indem er die Fragen aufwirft:

1) Bis zu welchem Maße waren meine Mitarbeiter und ich ohnmächtig gegenüber Fällen von puerperaler Infektion? Seine Antwort hierauf lautet: In den letzten 13 Jahren bei 26952 Geburten und Aborten 69 Todesfälle an Septikämie = 0,25%. Hierunter zwei Hysterektomien, die beide letal endeten.

2) In welchen Fällen von puerperaler Infektion haben pathologische Anatomie, Bakteriologie und Klinik retrospektiv Indikationen zur Hysterektomie liefern können? Antwort: In gar keinen! »Wir haben nie Abscesse angetroffen, die einzig auf die Uteruswand lokalisiert waren; wir haben nie eine Gangrän angetroffen, die auf die Wand beschränkt war.« »Nie hat die bakteriologische Untersuchung des Blutes oder des Uterusinhaltes (ausgeführt von Roux, Widal und Marmorek) erlaubt, einen Fall anzuführen, in dem die Hysterektomie angezeigt gewesen wäre.« Ebenso waren P.'s klinische Erfahrungen. Sein Schluß lautet daher: »Wenn man die wohlcharakterisierten Ausnahmefälle von Placentarretention, Verjauchung eines Uterusfibroms oder Verletzung des Uterus (Zerreißung oder Inversion) beiseite läßt, so sind Klinik, Bakteriologie und pathologische Anatomie zur Stunde nicht imstande, eine Indikation zur Hysterektomie bei akuter puerperaler Infektion zu liefern. Eine rationelle Indikation zur Hysterektomie bei akuter puerperaler Infektion existiert daher, von den oben genannten Ausnahmefällen abgesehen, nicht.«

3) Francisco de Cortejarena (Madrid): Consideraciones acerca de la histerectomía en el tratamiento de la infección puerperal. Madrid, Enrique Teodoro, 1903.

Verf. betrachtet die Frage mehr vom Standpunkte des Praktikers. Auch er steht ihr im ganzen ablehnend gegenüber und hebt vor allem zwei Punkte hervor: Die Schwierigkeit, den richtigen Moment zur Operation zu wählen, selbst wenn man sich im Prinzip zu dem schweren Eingriffe entschlossen hat, und ferner den Umstand, daß, selbst wenn die Kranken genesen, doch absolute Sterilität eintritt. Wie die Arten der Infektion, so seien auch die therapeutischen Indikationen verschieden. Eiermann (Frankfurt a/M.).

Originalien.

I.

(Aus der medizinischen Klinik zu Heidelberg. Prof. Erb.)

Über Graviditätsikterus.

Von

Dr. L. Brauer,

a. o. Professor in Heidelberg.

Vor einem Jahre konnte ich unter dem Namen der Graviditätshämoglobinurie[1] ein Krankheitsbild beschreiben, in welchem bei einer Frau jeweils mit erneuter Gravidität in den letzten Monaten Mattigkeit, nervöse Reizerscheinungen, Hautjucken und später dann leichter Ikterus auf der Basis einer Hämoglobinurie auftraten. Mit der häufig verfrühten, im übrigen normal verlaufenden Geburt schwanden die Erscheinungen und machten völligem Wohlsein und blühendem Aussehen Platz. Der Fall ist dann noch weiter bearbeitet worden. Herr Dr. Schaeffer[2], welcher der Frau als Geburtshelfer zur Seite stand, hat bei derselben Resistenzbestimmungen der Erythrocyten vorgenommen und das Resultat dieser Untersuchungen vom Standpunkte seiner an anderen Kranken früher gewonnenen Anschauungen besprochen. Auch ist inzwischen ein weiterer Fall dieses bislang noch nicht beschriebenen Krankheitsbildes durch Meinhold[3] bekannt geworden.

Heute kann ich von einem Analogon zu der Graviditätshämoglobinurie berichten, einem jeweils in graviditate rezidivierenden Ikterus ohne Hämoglobinurie. Es stellt dieses — soweit die Literatur zu urteilen erlaubt — eine höchst seltene Erkrankung dar[4].

In Kürze sei darüber referiert[5]:

Eine 25jährige Bäuerin aus gesunder Familie erkrankte während der vier Graviditäten, welche sie bisher durchmachte, stets um den 3.—4. Monat mit sehr

---

[1] Brauer, Über Graviditätshämoglobinurie. Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 20.

[2] Schaeffer, Ein Beitrag zur Ätiologie des wiederkehrenden Icterus gravíditatis. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XV. p. 897.

[3] Meinhold, Ein weiterer Fall von Schwangerschaftshämoglobinurie. Münchener med. Wochenschrift 1903. Nr. 4.

[4] Ich fand drei Fälle beschrieben und zwar:

a. Benedikt, Zur Kenntnis des Schwangerschaftsikterus (zwei Pat.).

b. Beking, Icterus gravidarum.

Eine briefliche Mitteilung von Bossi, welche sich in obiger Arbeit Schaeffer's auf p. 918 erwähnt findet, läßt ein häufiges Vorkommen ähnlicher Erscheinungen bei malariakranken Schwangeren vermuten.

[5] Herr cand. med. v. d. Velden wird den Fall, der vielfache interessante Einzelheiten bietet, demnächst unter Berücksichtigung der Literatur ausführlicher mitteilen.

heftigen nervösen Reizerscheinungen, Schlaflosigkeit und Unruhe, denen dann bald ein heftiger Pruritus sich hinzugesellte. Nach einigen Wochen trat dann Ikterus mit bierbraunem Harn und meist völlig acholischen Stuhlentleerungen auf. Stets erfolgte Frühgeburt, nur eines der Kinder lebte 8 Wochen, die drei anderen starben sogleich. Mit der Niederkunft schwanden sehr bald alle Erscheinungen.

Ich selbst sah die Frau zuerst auf der mir unterstellten Station der internen Klinik 4 Wochen nach Ablauf der dritten Gravidität. Damals war ein im Abklingen begriffener Ikterus zu konstatieren. Juckreiz und allgemein nervöse Reizerscheinungen waren noch vorhanden. Stuhlgang farbarm. Im Urin an Farbstoffen nur reichlich Urobilin, daneben ca. $^1/_2$ ‰ Albumin, nur ganz vereinzelte Cylinder, kein Gallenfarbstoff, kein Blut.

Pat. war elend. Die Leber überragte in der rechten Mammillarlinie den Rippenbogen um $1^1/_2$ Querfinger, sie war nur undeutlich zu palpieren, Randbeschaffenheit normal. Kein Milztumor, keine Ödeme. Am Circulationsapparat keine auf Nephritis weisende Symptome. Nach einigen Tagen schwanden die Beschwerden zum größten Teil, es verblieb geringer Pruritus und sehr geringe Albuminurie.

Während der letzten (vierten) Gravidität sah ich die Kranke einmal ambulatorisch während des 3. Monates. Damals bestand wieder stärkerer Pruritus, mäßige Erregungszustände, kein Ikterus. Im Harn nur geringe Mengen Albumin, keine morphologischen Elemente. Trotz sorgsamster Behandlung steigerten sich die Beschwerden wieder, so daß Pat. in der Mitte des 5. Monates wieder die Klinik aufsuchte. Es fand sich mäßiger Ikterus, starker Pruritus, sehr starke nervöse Reizerscheinungen, Schlaflosigkeit etc. Seit dem 4. Monate starke Leibschmerzen, die als Wehen zu deuten waren. Kein Anhalt für Cholelithiasis.

Die Untersuchung zeigte den Uterus in Nabelhöhe, derselbe bot deutliche Fluktuation (Hydramnion) und erhärtete sich jeweils mit den eben erwähnten Schmerzen.

Leber nach oben gedrängt, nicht palpabel. Urin reichlich Gallenfarbstoff, kein Hämoglobin, ca. $^1/_2$ ‰ Albumin, keine Nierenelemente, Stuhl acholisch. Noch ehe es möglich war, eine genaue Untersuchung auch des Blutserums auf Hämoglobingehalt etc. vorzunehmen, erfolgte unter Zunahme der Wehen in der hiesigen Frauenklinik die Geburt eines 34 cm langen Kindes, welches nach 5 Minuten starb. Amnionflüssigkeit leicht ikterisch. $1^1/_2$ Wochen nach der Geburt fand sich schon wieder beträchtliche allgemeine Besserung. Die Leber von gleicher Größe wie früher, weich, kein Milztumor. Im Urin nur Spuren von Albumin, kein Sediment, gelegentlich auch frei von Albumin.

Pat. ist nun seit Mitte März 1903 außer Behandlung, sie fühlt sich völlig wohl, sieht gut aus, objektiv ist nur leichteste Albuminurie nachweisbar, die vielleicht auf Fluor albus zu beziehen ist.

Wenige Worte mögen der Beurteilung des Falles, der die weitgehendste Analogie zu dem einleitend genannten Bilde der Graviditätshämoglobinurie bietet, gewidmet sein.

Zufällige Komplikationen, wie Cholelithiasis, Icterus catarrhalis oder eine in ihren Symptomen jeweils mit der Gravidität exacerbierende Lebercirrhose sind mit Sicherheit auszuschließen. Auch die gelegentlich vertretene Ansicht, daß derartige Fälle aus der Statik der Gravidität zu erklären wären, also hier z. B. aus dem Hydramnion, ist im Hinblick auf die Reihenfolge der Beschwerden und die Zeit ihres Einsetzens von der Hand zu weisen.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die geschilderten Beschwerden in direkter ätiologischer Beziehung zu den Vorgängen der Gravidität stehen, daß sie der zur Zeit noch

umstrittenen Gruppe jener Erkrankungsformen zuzuweisen sind, welche wir mit größter Wahrscheinlichkeit in Abhängigkeit zu setzen haben zu den eigenartigen Stoffwechselvorgängen während der Schwangerschaft. (Der Bildung von Placentartoxinen, des Veit'schen Syncytiolysin, der Embryotrophe etc.)

Es wären hierher zu rechnen Graviditätsikterus und Hämoglobinurie, Schwangerschaftsniere, Eklampsie, akute gelbe Leberatrophie und vielleicht auch — wenigstens insofern als eine Beziehung zu dem weiblichen Sexualapparat besteht — der Icterus menstrualis und endlich die Osteomalakie.

Die genannten Krankheiten zeigen mancherlei Übergänge, erscheinen auch nicht selten kombiniert. Ich erinnere nur an die klinischen und anatomischen Beziehungen der Eklampsie zu Erscheinungen an der Leber u. a. m.

Der vorliegende Fall bietet neben dem Symptomenkomplex des rezidivierenden Ikterus die bekannten Erscheinungen der sogenannten »Schwangerschaftsniere«. Der Annahme einer selbständigen chronischen Nephritis widersprachen die Befunde am Circulationsapparat und im Urin. Die weitere Beobachtung der Kranken wird hierüber aber noch Sicherheit bringen müssen.

Fraglich ist es, ob die beiden von mir beschriebenen Formen des Ikterus und der Hämoglobinurie in graviditate prinzipiell zu trennen sind. Es wäre immerhin möglich, daß die heute geschilderte Kranke wenn auch keine Hämoglobinurie, so doch eine Hämoglobinämie hatte, denn nicht immer ist die unbedingte Konsequenz der zuletzt genannten Erscheinung das Auftreten des Blutfarbstoffes auch im Harn. Leider konnten, wie gesagt, aus äußeren Gründen die entscheidenden Untersuchungen bislang nicht ausgeführt werden; voraussichtlich wird sich dieses in nächster Zeit nachholen lassen.

Damit entfällt bis jetzt auch die Möglichkeit, sich über die Mechanik der Ikterusentstehung bei unseren Kranken Rechenschaft zu geben. Wahrscheinlich aber dürfte es sich nicht einfach um die Folgen einer Polycholie handeln, sondern um eine Schädigung des Leberparenchyms, vergleichbar jenen als »Schwangerschaftsniere« beschriebenen renalen Läsionen. Es dürfte daher auch nicht Wunder nehmen, wenn unter dem Einflusse erneuter abnormer Graviditäten sich bei einer solchen Pat. dauernde Veränderungen an Leber und Niere entwickeln sollten. Keineswegs wäre man berechtigt, derartige konsekutive Veränderungen als primär, die derzeitigen klinischen Erscheinungen erklärend aufzufassen.

II.

(Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig. Direktor: Geheimrat Zweifel.)

Über ein fast ausschliefslich aus Schilddrüsengewebe bestehendes Ovarialteratom[1].

Von

Dr. Adolf Glockner,

I. Assistent der Klinik.

M. H.! Ich möchte im nachfolgenden kurz einen kleinen Ovarialtumor schildern, welcher sowohl durch seine Seltenheit, als auch durch die Ausblicke, welche er auf eine eigenartige Geschwulstbildung im Eierstock — das sogenannte Folliculoma malignum ovarii Gottschalk's — eröffnet, von Interesse ist.

Der Tumor stammt von einer 57jährigen Frau, welche wegen eines großen Scheidenprolapses in die Behandlung der Klinik kam. Irgend welche Symptome hatte die dem linken Ovarium entsprechende Geschwulst nicht gemacht. Die übrigen Organe waren gesund, speziell bestand kein Ascites oder Vergrößerung der Schilddrüse.

Der Ovarialtumor wurde per laparotom. entfernt, das andere Ovarium schien gesund, wurde zurückgelassen. Nach Ventrifixur des Uterus wurde durch eine vordere und hintere Kolporrhaphie die Scheide stark verengert.

Nach fieberfreiem Verlaufe konnte Pat. am 20. Tage post operat. entlassen werden.

Der Tumor ist annähernd eiförmig und weist in gehärtetem Zustande Maße von 8 : 6 : 5 cm auf. Die Oberfläche ist leicht höckrig, die Konsistenz eine derbe, an einzelnen Stellen prallelastische. Auf dem Durchschnitte besteht die Geschwulstmasse zum größeren Teile aus kleinsten bis gut bohnengroßen, cystischen Hohlräumen, welche mit einer gelblichen, zähen, honigartigen Masse erfüllt sind. Zwischen den Hohlräumen findet sich ein fibröses Gewebe, welches mit der Lupe gleichfalls kleinste Cystchen erkennen läßt, sowie eine homogene, durchscheinende Masse eingelagert.

Hinsichtlich des mikroskopischen Befundes kann ich mich ganz kurz fassen. An der Peripherie besteht eine meist nur sehr schmale Zone eines kernreichen Bindegewebes, welches durch die korkzieherartig gewundenen Gefäße und ziemlich zahlreichen Corpora albicantia als Ovarialgewebe charakterisiert ist. Follikel sind nirgends zu finden.

Im übrigen besteht die Geschwulstmasse so gut wie ausschließlich aus gewuchertem Schilddrüsengewebe, welches bald durch kleine kuglige oder ovale Haufen und solide Stränge kubischer oder mehr

[1] Vortrag, gehalten am 16. März 1903 in der Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

platter Zellen, bald durch mit gleichgeformten Elementen ausgekleidete, leeren oder, was das Häufigere ist, mit kolloidalem Inhalte erfüllte Bläschen und Schläuchen dargestellt wird.

An einzelnen Stellen besteht das Gewebe aus einem weiten Maschenwerk, welches mit Kolloidsubstanz erfüllt und mit einer Lage ganz platter Zellen ausgekleidet ist. Das zwischen den Blasen, Schläuchen und Strängen befindliche Bindegewebe ist z. T. fibrillär, mäßig reichlich vaskularisiert, z. T. hat es eine Homogenisierung erfahren und ist auf große Strecken hin hyalin. Diese letzteren Partien enthalten gleichfalls, wenn auch in geringerer Menge, epitheliale Bestandteile in Form kleiner Bläschen und Zellhäufchen eingelagert.

Die Kolloidsubstanz gibt mit den verschiedenen Färbemitteln die typischen Färbereaktionen des Kolloids.

Häufig finden sich in den Blasen dunkelfärbbare Massen von offenbar eingedickter Kolloidsubstanz, welche des öftern auch Verkalkung zeigt. Auch im Bindegewebe sind oft Kalkkonkremente eingelagert.

Ich hatte bereits eine ziemlich große Anzahl von Schnitten, welche etwa 15 verschiedenen Stellen des Tumors entstammten, angefertigt und durchgesehen, ohne etwas anderes als das bisher Geschilderte zu finden, als ich in einigen wenigen Schnitten eines der Stücke eine kleine Knorpelinsel und, dicht dabei liegend, einige anders geformte Drüsenschläuche, welche an Schweißdrüsen erinnern, entdeckte.

Hatte ich schon zu Anfang angenommen, daß es sich um eine teratoide Geschwulstbildung handle, so war diese Auffassung durch diesen Befund nun völlig außer Frage gestellt.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein Ovarialteratom, in welchem nur das Schilddrüsengewebe zur stärkeren Ausbildung gelangt war und durch Wucherung eine typische Struma produziert hatte.

Nun ist ja an und für sich das Auftreten von Schilddrüsensubstanz in Ovarialteratomen keine besondere Seltenheit und auch das Vorkommen richtiger Strumen ist neuerdings von Katsurada[2] und Pick[3] beschrieben worden; es betraf dies aber doch immer nur quantitativ sehr zurücktretende Teile der Geschwülste.

Vor einigen Jahren beschrieb Gottschalk[4] einen bösartigen Tumor des Ovariums unter dem Namen »Folliculoma malignum ovarii«, welcher seiner Ansicht nach von der Wand der Primordialfollikel ausgegangen war[5].

---

[2] Ziegler's Beiträge 1901. Bd. XXX.

[3] Deutsche Medizinal-Zeitung 1902. Nr. 35.

[3] Ein neuer Typus einer kleincystischen bösartigen Eierstocksgeschwulst. Archiv für Gynäkologie Bd. LIX.

[5] l. c. p. 692.

Einen ganz analogen Fall demonstrierte Kretschmar[6] auf dem Gießener Kongresse als Endotheliom.

Ich habe seinerzeit Gelegenheit gehabt, eine Anzahl der Kretschmar'schen Präparate durchzusehen und habe damals schon den Herren Kretschmar und Gottschalk gegenüber die Ansicht ausgesprochen, daß es sich um Schilddrüsengewebe handle und die Tumoren Teratome seien, welche Ansicht unabhängig von mir auch Pick (l. c.) vertritt.

Ich halte es nicht für ausgeschlossen, daß auch in diesen beiden Geschwülsten, welche mit meinem Tumor im wesentlichen identisch sind, vielleicht noch andere Gewebe vorhanden waren, wenn ich berücksichtige, nach wie langem Suchen ich im vorliegenden Falle erst die kleine Knorpelinsel auffand.

Beim Vorhandensein derartig kleiner Mengen eines Gewebes ist es ja immer mehr oder minder ein Spiel des Zufalls, wenn dieselben gefunden werden.

Im übrigen halte ich diesen Punkt für gar nicht so bedeutungsvoll; auch wenn die Geschwülste Gottschalk's und Kretschmar's keine anderen Gewebe enthielten, so würde dies an der Auffassung der Tumoren als Teratome nichts ändern.

Die Lehre von Wilms, daß die Teratome Abkömmlinge aller drei Keimblätter enthalten, wird meines Erachtens dadurch keineswegs umgestoßen. Es würde sich bei diesen Beobachtungen, ähnlich wie in dem Falle von Saxer[7], welcher in einem sonst normalen Ovarium als einziges fremdartiges Gewebe einen Zahn fand, um das Rudiment einer Embryonalanlage handeln, in welcher eben nur das eine Gewebe zur Entwicklung gelangte.

Diese Fälle als Struma thyreoidea ovarii aberrata zu bezeichnen, wie es Pick vorschlägt, halte ich nicht für zweckmäßig, denn bei diesem Namen denkt man unwillkürlich an die Struma lipomatodes aberrans renis von Grawitz, und diese Fälle, die sogenannten Grawitz'schen Tumoren, können nach unseren heutigen Anschauungen über die Teratome doch in keiner Weise mit denselben in Parallele gesetzt werden.

Die Tumoren Gottschalk's und Kretschmar's waren bösartig, während mein Tumor nach dem anatomischen wie klinischen Befunde benign zu sein scheint, obgleich das histologische Bild aller drei Geschwülste nach Gottschalk's Abbildungen und Kretschmar's Präparaten in allen wesentlichen Punkten übereinstimmt.

Es ist ja auch vom Schilddrüsenkropfe bekannt, daß nicht so ganz selten histologisch rein adenomatöse Strumen alle Charaktere eines malignen Tumors zeigen können.

---

[6] Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Bd. IX. p. 459.

[7] Ein Beitrag zur Kenntnis der Dermoide und Teratome. Ziegler's Beiträge 1902. Bd. XXXI.

III.

(Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der kgl. Universität in Pavia.)

Ein neuer Kindsperforator.

Von

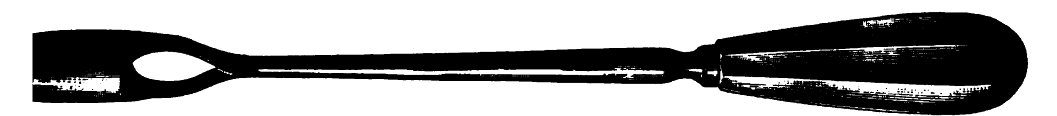
Dr. Enrico Tridondani,
Privatdozent.

Dank der vervollkommneten Technik des Kaiserschnittes und der Leichtigkeit, womit man vermittels dieses operativen Eingriffes bezw. der künstlichen Frühgeburt durch Beckenstenose bedingte Distokien überwindet und dadurch das Leben der Mutter und des Kindes zu retten vermag, hat die Zahl der embryotomischen Operationen eine bedeutende Abnahme erfahren und ist die Geburtshilfe eine minder barbarische geworden, als es früher der Fall war.

Es würde daher heutzutage wohl als überflüssig erscheinen, bei der reichen Auswahl von mehr oder weniger komplizierten geburtshilflichen Instrumenten, die dazu bestimmt sind, die Integrität der im Mutterleibe zurückgehaltenen Frucht zu verletzen, einen neuen Typus eines derartigen Werkzeuges empfehlen zu wollen.

Alleinaufgabe der modernen Geburtshilfe ist es, die Zahl solcher Instrumente sowie die Größe derselben einzuschränken, ihnen das erschreckende Aussehen, das sie einst gehabt, zu benehmen und in Bezug auf ihre Handhabung eine größere Einfachheit und Wirksamkeit zu erzielen.

Diese Bedingungen dürften meiner Ansicht nach durch eine Art von Kraniotom erfüllt werden, das ich neulich herstellen ließ und von dem hier eine Abbildung in halber natürlicher Größe vorliegt.



Dasselbe besteht aus einem mit einem länglichen Griff versehenen Metallstab, dessen entgegengesetztes Ende eine Art von röhrenförmigem Ringe trägt; der freie Rand dieses letzteren ist scharf schneidend, so daß er, an eine nicht besonders widerstandsfähige Fläche gepreßt, in dieselbe mit Leichtigkeit eindringt und, wieder zurückgezogen, eine vollkommen regelmäßige, glatte, dütenförmige Öffnung hinterläßt.

Das Instrument erinnert lebhaft an die von Doyen zur Tunnelierung der Uterusfibrome empfohlenen schneidenden Röhren.

Die Schädeldecke eines — selbst ausgetragenen — Fötus ist eine sehr dünnwandige und unvollkommen verknöcherte und läßt sich daher vom scharfen Rande des Instrumentes in der Weise einschneiden, daß in derselben ein genau kreisförmiges Loch entsteht,

indem nach Inzision der Kopfhaut ein knöchernes Scheibchen herausgeschnitten wird.

Nach Perforation der Schädeldecke leistet das in loco belassene Instrument gute Dienste als Lenker der endokranischen Kanüle zur Herausbeförderung der Hirnsubstanz.

Aus einem kurzen Vergleiche des Instrumentes mit den anerkanntesten Kraniotomen ergibt sich, daß dasselbe die Vorteile dieser letzteren in sich vereinigt, und andererseits deren Übelstände vermeidet.

Sehr geschätzt ist der Braun'sche Bohrer, da sich mit demselben ein regelmäßig gerändertes Loch erzielen läßt und da er überdies nicht so gefährlich ist, wie die spitzigen Kraniotome. Nur erfordert es die Mithilfe von wenigstens drei Händen, hat einen komplizierten Bau, wird leicht schadhaft und ist schwer desinfizierbar.

Der oben beschriebene Perforator bohrt nun in die Schädeldecke ein regelmäßig konturiertes Loch, wird vom Operateur allein gehandhabt, unterliegt keinen Schädlichkeiten und läßt sich leicht desinfizieren.

Im Vergleich zu dem so allgemein üblichen Kraniotom Naegele's bietet er den Vorteil, daß er nicht zugespitzt, die Integrität der mütterlichen Gewebe und auch der leitenden Finger besser schont, in einem einzigen Tempo in Tätigkeit gesetzt wird und nicht in zwei oder drei, wie dies beim Instrument von Naegele der Fall ist, welches letztere dazu bestimmt ist, zuerst zu perforieren und sodann zwei- bis dreimal die Schädeldecke einzuschneiden.

Mit dem Bohrer verglichen, erscheint der in Rede stehende Perforator einfacher, ist nicht zugespitzt, viel weniger gefährlich; während überdies der Bohrer unter Zerreißung des Knochens seine Arbeit verrichtet, perforiert unser Instrument, indem es hierbei eine kleine Knochenscheibe herausmeißelt und ein durchaus regelmäßiges Loch hinterläßt. Bei Anlegung auf den nachfolgenden Kopf — in welchem Falle das Instrument in einen zwischen den kindlichen und mütterlichen Geweben liegenden engen Raum eindringt — riskieren letztere von den scharfen Schraubenrändern des Bohrers verletzt zu werden, eine Gefahr, die bei Anwendung des bereits beschriebenen Perforators nicht vorhanden ist.

Überdies ist derselbe — im Vergleich zu allen soeben erwähnten anerkanntesten Kraniotomen — höchst einfach in Bezug auf Gestalt und Aussehen. Und während diese Instrumente, entweder weil sie spitzig sind oder in ihrer Funktion kompliziert erscheinen, sowohl die Kreißende als ihre Umgebung in eine gewisse Angst versetzen, sieht das unsrige ganz harmlos aus, so sehr, daß wohl kaum zu ahnen ist, es sei dasselbe imstande, jene tiefen künstlichen Verletzungen zu erzeugen, die man mit ihm erzielen will. Dieses harmlose Aussehen ist bedingt nicht nur durch seine Form, sondern auch durch seine Größe, die eine bedeutend geringere ist, als jene der anderen Kraniotome.

Das Instrument bewährt sich ebenso gut in der Kraniotomie bei vorangehendem als bei nachfolgendem Kopfe und eignet sich über-

dies noch vortrefflich zur Perforation des Rumpfes. Nachdem die Kopfhaut inzidiert worden, muß darauf geachtet werden, es beständig an die Schädelfläche angedrückt zu halten, damit es ja nicht durch Hinausrutschen aus der bereits gebildeten Furche die ursprüngliche Richtung verlasse. Es wird pfriemartig in Bewegung gesetzt, wobei es in der Regel auf keinen Widerstand von Seiten der Schädelknochen stößt, umsomehr als die Kraniotomie fast durchwegs in Fällen von Beckenenge vorgenommen wird, in denen der fötale Schädel ein minder entwickelter und verknöcherter ist, als unter normalen Verhältnissen.

Dem röhrenförmigen Ende des Instrumentes habe ich einen Durchmesser von 2 cm gegeben, d. i. denselben Durchmesser der Krone des Braun'schen Bohrers. Ich habe es für überflüssig erachtet, es mit einem zentralen Pfriem zu versehen, wie ein solcher bei diesem letzteren Instrumente zu finden ist; dies hätte nur eine unnütze Komplikation zur Folge gehabt.

Hofmeier[1] schließt eine seiner neuesten Mitteilungen mit den Worten: »Ich komme zu dem Schluß, daß auch heute noch trotz der so großen Vervollkommnung unserer chirurgisch-geburtshilflichen Hilfsmittel die Perforation des lebenden Kindes mit Rücksicht auf die gesamte geburtshilfliche Situation sowohl in der allgemeinen Praxis, wie auch in den geburtshilflichen Kliniken gelegentlich der in jeder Beziehung günstigste Ausweg ist, und daß wir nicht berechtigt sind, allein von ethischen und theoretischen Vorstellungen über das Recht des Kindes zum Leben ausschließlich die Ausführung der Symphyseotomie und der Sectio caesarea an deren Stelle zu setzen«.

Mit Rücksicht darauf dürfte es durchaus nicht überflüssig, sondern vielmehr vorteilhaft erscheinen, eine Vervollkommnung der embryotomischen Instrumente in dem Sinne anzustreben, daß dieselben in Bezug auf Aussehen und Einfachheit soviel gewinnen, daß der peinliche Eindruck eines anscheinend barbarischen, unmenschlichen, in Wirklichkeit aber als der einzige, im Notfalle mögliche Ausweg erscheinenden operativen Eingriffes, wenn auch nicht ganz verwischt, doch wenigstens gemildert werde.

IV.

Welche Maske ist für die Äthernarkose am empfehlenswertesten?

Von

Dr. Beaucamp.

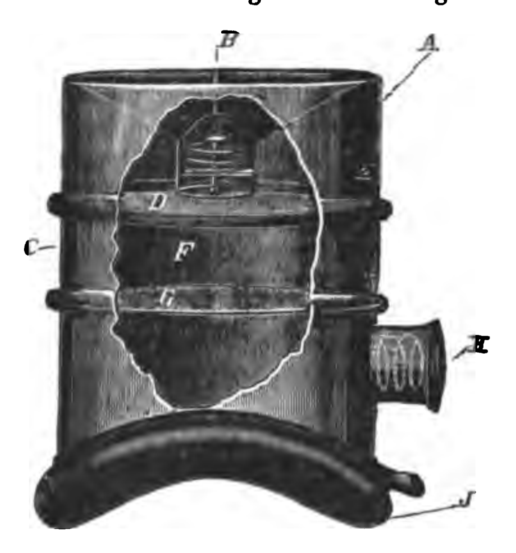
Mit dem größten Interesse habe ich die Veröffentlichungen von Pfannenstiel und Kroemer (dieses Blatt 1903 Nr. 1) gelesen; ein-

[1] Hofmeier, Über die Berechtigung der Perforation des lebenden Kindes. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1903. Bd. XLVIII. Hft. 2.

*

mal weil auch wir an unserem Krankenhause seit 5 Jahren uns ausschließlich der Äthernarkose bedienen und uns bemühen, dieselbe zu vervollkommnen. Eine besondere Genugtuung aber haben diese beiden Abhandlungen mir verschafft, weil unsere Erfahrungen uns ebenfalls von der Vorzüglichkeit und Ungefährlichkeit des Äthers überzeugt haben.

Einen ausführlichen Bericht wird Longard in den nächsten Wochen in der Münchener med. Wochenschr. veröffentlichen. Heute möchte ich nur von neuem die Aufmerksamkeit auf die von uns mit gutem Erfolge benutzte Maske lenken, da Pfannenstiel und Krömer derselben nicht Erwähnung tun. Bei der außerordentlichen Literaturkenntnis Pfannenstiel's kann ich mir diese Unterlassung nur dadurch erklären, daß Wagner und Longard ihre Mitteilungen im Zentralbl. f. Chir. (1898 Nr. 48, 1900 Nr. 34) gemacht haben. Da, soweit meine Kenntnisse reichen, eine gynäkologische Fachschrift von der Maske noch keine Notiz genommen hat, so lasse ich zunächst eine kurze Beschreibung derselben folgen.



Sie besteht aus einem vernickelten Hohlcylinder, dessen Durchmesser 8 cm, dessen Höhe 10 cm beträgt. Der durch einen Bajonnettverschluß befestigte Deckel hat in der Mitte eine trichterförmige Vertiefung, an dessen tiefster Stelle sechs Löcher sich befinden. Diese sind durch ein Spiralventil nach innen so geschlossen, daß Luft und Äther einströmen, aber nicht wieder nach außen entweichen kann Einatmungs-Ventil). Der Hohlraum des Cylinders ist von zwei dünnen Metallsieben durchquert, zwischen denen ein Gazebausch lose zwischen gelegt wird. Unterhalb des untersten Quersiebes ist ein zweites Ventil angebracht, durch das die ausgeatmete Luft entweicht (Ausatmungsventil). Der untere Rand des Cylinders ist mit einem luftgefüllten Gummischlauche versehen, um sich dem Gesicht fest anschmiegen zu können. Das obere Sieb ist abnehmbar, das untere fest.

Bei hohem Feuchtigkeitsgehalte der Luft kann infolge der niedrigen Temperatur in der Maske das sich daselbst bildende Kondenswasser gefrieren und die Funktion des Einatmungsventils stören. Um diesem Übelstande zu begegnen, hat Longard (a. a. O. Nr. 34) ein ringförmiges Thermophor empfohlen, welches genau in den Deckel der Maske paßt.

Eine Morphiuminjektion vor Einleitung der Narkose hat sich niemals als notwendig oder wünschenswert erwiesen.

Bei der Narkose muß der Kopf ganz flach, oder bei Beckenhochlagerung tiefer liegen wie der Rumpf, aber nicht erhöht, da sonst der Äther nicht gut in die Öffnungen des Deckels einfließt. Bei magerem Gesichte legt man oben und seitlich etwas Gaze oder Watte, damit der Gummiring fest anliegt. Dieses feste Anliegen der Maske ist wichtig, da sonst durch das obere Ventil nicht Luft und Äther inspiriert werden, sondern von unten her atmosphärische, ätherfreie Luft. Die Außerachtlassung dieses Punktes kann die Einleitung der Narkose hinausschieben oder gar unmöglich machen. Das feste Aufdrücken der Maske ist aber auch die einzige, übrigens leicht zu erlernende Technik.

Aus einer Tropfflasche, oder besser noch aus einer Leiterschen Chloroformflasche wird Äther in den Trichter gegossen. Anfangs ist nur wenig zu schütten, damit die Pat. sich an den Äthergeruch gewöhnen. Halten sie den Atem an, so kann man die Maske einen Augenblick lüften. Ich habe es für sehr probat befunden, die Leute aufzufordern, mit mir zusammen zu atmen, indem ich einige Male tief und hörbar ein- und ausatme. Dabei öffnet sich das Einatmungsventil und der Äther verteilt sich, mit atmosphärischer Luft vermischt, auf den Sieben und der Gaze. Das Metallsieb überzieht sich mit Äther, der dort sehr schnell verdunstet. Da er durch das obere Ventil nicht mehr entweichen kann, wird er bis auf minimale Mengen, die mit der Exspirationsluft ausgestoßen werden, vollständig aufgenommen. Die ausgeatmete Luft entweicht durch das Ausatmungsventil. Das fortwährend abwechselnde Geräusch des Ein- und Ausatmungsventils beruhigt den Narkotiseur in angenehmster Weise über die Regelmäßigkeit der Atmung.

Der Vorteil dieser Maske ist der, daß

1) keine Kohlensäureanhäufung Platz greift, da das Äthergas aufs feinste zerteilt und reichlich mit atmosphärischer Luft vermischt, während der ganzen Narkose ohne Lüftung der Maske, ohne Unterbrechung eingeatmet wird.

2) Daß aller aufgeschüttete Äther wirklich auch eingeatmet wird und durch das beliebig nach Bedürfnis ermöglichte Aufschütten eine ganz genaue Dosierung möglich ist.

Für den Narkotisierten erwächst daraus die Annehmlichkeit des vollständigen Fehlens einer Kohlensäureintoxikation. Durch die Anwendung von geringen Äthermengen sind die Nachwirkungen gering und von kurzer Dauer. Gewöhnlich tritt nur im Anfange der Narkose eine Schleimabsonderung ein, und nach Entfernung dieser Sekrete ist die Narkose ruhig, ohne alle Zwischenfälle. Eine stärkere Transpiration ist sehr selten und unter etwa 2700 Narkosen ist uns kein Todesfall, überhaupt keine Asphyxie begegnet. Tritt eine solche ein, so ist sie durch die Behinderung der Atmung durch Zurücksinken der Zunge bedingt, ein Zwischenfall, der durch das bekannte Vorziehen des Unterkiefers zu vermeiden ist.

Pneumonien sind viel seltener, wie bei allen anderen Narkosemethoden; die wenigen beobachteten sind nicht auf den Äther als solchen, sondern auf die bei jeder Narkose mögliche Aspiration von Fremdkörpern in die Lunge bedingt.

Ist die Narkose einmal eingeleitet, so bedarf es zu deren Unterhaltung nur weniger von Zeit zu Zeit aufgeschütteter Tropfen. Für größere, länger dauernde Operationen genügen 100—150 ccm, bei Untersuchungen oder kleineren Eingriffen bin ich mit 20—30 ccm ausgekommen.

Für alle Details verweise ich nochmals auf Longard's demnächstige Arbeit. Nur das eine möchte ich noch hervorheben. Auch bei Geburten in der Privatpraxis und bei offenem, künstlichem Lichte habe ich diese Äthermaske des öftern ohne alle Zwischenfälle benutzt. Während ich früher nur von einem Kollegen chloroformieren ließ, kann ich jetzt bei geburtshilflichen Narkosen ohne Angst im Notfalle die Hebamme narkotisieren lassen. Die Betäubung tritt in 2—3 Minuten ein und in kurzer Zeit kehrt bei nicht zu lange dauernden Narkosen das Bewußtsein wieder zurück.

Es ist selbstverständlich, daß sowohl für die Art und Weise des Vorhaltens der Maske, wie auch für die richtige Dosierung der jedes Mal aufzuschüttenden Äthermengen eine gewisse Übung zu erwerben ist. Wenn man sich diese aber verschafft hat, wird man nicht nur ein Anhänger der Äthernarkose, sondern auch der Wagner-Longard'schen Maske werden.

Die Maske ist durch das Medizinische Warenhaus in Berlin oder von Dr. Wagner in Kreuznach, das Thermophor durch die Thermophor-Aktiengesellschaft in Berlin zu beziehen.

Referate.

1) J. Balin (Odessa). Zur Frage über die Häufigkeit der Schuld des Mannes in der Unfruchtbarkeit der Ehe.

(Der praktische Arzt 1903. Nr. 6. [Russisch.])

In 200 Fällen von unfruchtbaren Ehen, wo keine Abnormitäten, die eine absolute Sterilität verursachten, bei den entsprechenden Frauen entdeckt wurden, unterzog Verf. das Sperma der Männer mikroskopischen Untersuchungen. Er fand 73mal Azoospermie und 19mal Oligonekrozoospermie. Ferner berechnete Verf. die Frequenz der Gonorrhoe bei den Männern mit pathologischem Sperma, und konstatierte nämlich: auf 68 Fälle von Azoospermie 43mal und auf 37 Oligonekrozoospermie 19mal Gonorrhoe. Was das Verhältnis der Gonorrhoe zur absoluten (Azoospermie) und fakultativen (Oligonekrozoospermie) Sterilität des Mannes anbetrifft, so erwies sich, daß 97 Fälle von unzweifelhafter Gonorrhoe 44 Azoospermie und 17 Oligonekrozoospermie zeigten. Bezüglich der Häufigkeit der Gonorrhoe bei den verheirateten Männern im allgemeinen, ergab sich, daß

von 188 Männern, deren Anamnese mit Sicherheit festgestellt werden konnte, 97 zweifellos an Gonorrhoe litten.

Auf Grund dieser angeführten Zahlen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Männer tragen in 36,5% die absolute (Azoospermie) und in 19% die fakultative (Oligonekrozoospermie) Schuld der Sterilität der Ehe.

2) Von den Männern, die an Azoospermie litten, verdankten 63,3% diese Krankheit der noch vor der Ehe acquirierten Gonorrhoe.

3) Mehr als in der Hälfte der Fälle waren die Männer beim Eintritt in die Ehe schon gonorrhoisch infiziert.

4) Die Gonorrhoe verursachte bei den Männern in 63% Sterilität, und zwar: Azoospermie 48%, Oligonekrozoospermie 18%. Endlich

5) Die allerhäufigste Ursache der Unfruchtbarkeit der Ehe ist in der latenten, event. fortbestehenden (manifesten) Gonorrhoe des Mannes zu suchen. (Selbstbericht).

Berichte aus gynäkol. Gesellschaften u. Krankenhäusern.

2) Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig.

515. Sitzung vom 16. März 1903.

Vorsitzender: Herr Krönig; Schriftführer: Herr Donat.

Nach der Vorstandswahl für das Geschäftsjahr 1903/04, bei welcher die Herren Zweifel und Menge zum 1. und 2. Vorsitzenden und die Herren Clarus und Donat als Kassen- und Schriftführer wiedergewählt wurden, fand eine kurze Diskussion über den suprasymphysären Fascienquerschnitt statt, an welcher sich die Herren Füth, Menge, Littauer und Glockner beteiligten.

I. Hierauf hielt Herr Füth seinen angekündigten Vortrag: Zur Kasuistik der Adenomyome.

(Ausführlich erschienen im Zentralblatte für Gynäkologie 1903. Nr. 21.)

Diskussion: Herr Menge opponiert dagegen, daß der Tumor ein maligner sei.

Herr Füth: Ich würde mich außerordentlich freuen, wenn Herr Menge mit seiner Auffassung Recht behielte. Denn in jenen Gegenden, in denen die Frauen sich so schwer zu einem Eingriffe entschließen, ist es von größter Bedeutung, daß es denen, die sich haben operieren lassen, auch auf die Dauer gut geht. Zu meinem Bedauern kann ich aber Herrn Menge's Auffassung nicht teilen und muß wiederum betonen: Es war unmöglich, die Geschwulst auszuschälen. Es ist danach als absolut sicher zu betrachten, daß Geschwulstteile, die die Tendenz hatten, in die Umgebung schrankenlos fortzuwuchern, am Rektum, an der seitlichen Beckenwand, am Ureter rechts sitzen geblieben sind. Deshalb muß man den Tumor als maligne ansehen.

Herr Glockner: Die mikroskopischen Präparate von Herrn Füth machen allerdings den Eindruck eines benignen Neoplasmas, doch möchte ich betonen, daß wir die Diagnose einer benignen Neubildung aus dem mikroskopischen Präparate nicht immer mit Sicherheit stellen können, zumal wir aus Schlagenhaufer's Publikation wissen, daß mikroskopisch reine Myome, wenn auch nur in außerordentlich seltenen Fällen, Metastasen machen können.

Für den malignen Charakter der Geschwulst würde auch, bis zu einem gewissen Grade, der Umstand sprechen, daß der Tumor von der Uterusmuskulatur nicht deutlich geschieden und diffus ins parametrane Gewebe eingewuchert war.

II. Herr Zangemeister berichtet über (in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Meissl angestellte) vergleichende Untersuchungen von mütterlichem und kindlichem Blut und Fruchtwasser, bei welchen sich neben anderen Ergebnissen herausstellte, daß einmal — wie andere Autoren schon hervorgehoben haben — mütterliches und kindliches Blut im osmotischen Gleichgewicht stehen, daß zweitens das Fruchtwasser stets eine geringere molekuläre Konzentration hat als jene beiden Blutsorten. Als Erklärung für diese auffallende Erscheinung fand sich, daß es der kindliche Urin ist (und nur dieser sein kann), welcher das Fruchtwasser verdünnt, da er einen mittleren Gefrierpunkt von — 0,201° hat (But: — 0,537°, Fruchtwasser: — 0,472° im Mittel). Daß diese Verdünnung des Fruchtwassers nicht erst in der Geburt erfolgt, geht daraus hervor, daß sie 1) so bedeutend ist, daß mindestens 80 ccm des verdünnenden Urins nötig sind, um auch nur 500 ccm Fruchtwasser einen um 0,055° höheren Gefrierpunkt zu verleihen (eine Menge, die nicht während der Geburt abgeschieden werden kann), daß sich 2) die Differenz (gerade besonders groß) in einigen Fällen erwies, in welchen das Fruchtwasser vor irgend einer Wehentätigkeit untersucht werden konnte.

Dadurch ist zum ersten Male in absolut einwandsfreier Weise erwiesen, daß der Fötus intra-uterin regelmäßig uriniert und daß mindestens 16% des jeweils vorhandenen Fruchtwassers aus fötalem Urin bestehen.

Da der Urin des Neugeborenen fast regelmäßig eiweißfrei ist (24 Stunden nach der Geburt ist er aber meist eiweißhaltig!), das Fruchtwasser aber stets mehrere ‰ Eiweiß enthält, kann der Urin nicht die einzige Quelle des Fruchtwassers sein.

Da sich bereits im 5. Monat der Gravidität die Differenz nachweisen ließ, muß die fötale Urinsekretion bereits zu dieser Zeit bestehen.

Bei abgestorbener Frucht muß sich die Differenz allmählich verringern; das ist tatsächlich der Fall; ja es fand sich in Fällen, wo die Frucht lange abgestorben war, eine höhere molekulare Konzentration des Fruchtwassers als die des Blutes (Gefrierpunkt tiefer). Diese Differenz (nach der entgegengesetzten Richtung) wird dadurch bedingt, daß das Mekonium stets eine höhere molekulare Konzentration besitzt als das Blut, und daß nach dem Absterben der Frucht Salze aus dem Darm in die fötale Bauchhöhle und von da ins Fruchtwasser übertreten, wie sich in einem Falle mit Ascites deutlich nachweisen ließ.

Während also bei lebender Frucht durch die osmotische Differenz ein fortwährender Salzstrom von der Mutter zum Kinde hervorgerufen wird, besteht nach dem Tode der Frucht ein Salzstrom in umgekehrter Richtung.

Die nach dem Tode der Frucht durch den Darminhalt bedingte (relativ große) Differenz zwischen Fruchtwasser und Blut spricht dafür, daß durch den Tod der Frucht der Molekularaustausch zwischen Mutter und Kind wesentlich erschwert, verlangsamt wird, d. h. daß er vom Leben der Frucht, von dessen Circulation wesentlich abhängt, also größtenteils oder ausschließlich durch die Placenta erfolgt.

Die Gefrierpunktsdifferenz des Fruchtwassers bei lebender oder längere Zeit abgestorbener Frucht läßt sich unter Umständen diagnostisch verwerten gegenüber Kystomen, Ascites l. c., welch letztere stets den gleichen Gefrierpunkt aufweisen, wie das Blut außerhalb der Schwangerschaft (— 0,560°).

Die fortwährende molekulare Verdünnung des Fruchtwassers durch Harn, die daraus resultierende (Verschlucken) Verdünnung der fötalen Körpersäfte scheinen mir wesentlich dazu beizutragen, daß das fötale und mütterliche Blut am Ende der Schwangerschaft eine geringere molekulare Konzentration haben als sonst (Δ = — 0,537), wie von Krönig und Füth und mir anderen Orts angegeben wurde.

Diskussion: Herr Füth: Eine Reihe von Beobachtungen deuten darauf hin, daß das Blut der Mutter in der Schwangerschaft Veränderungen erleidet. So stellten Krönig und ich ja fest, daß der Gefrierpunkt desselben näher an 0° liege, als bei der nicht schwangeren Frau und ich konnte dies durch weitere Untersuchungen, über welche ich in der letzten Dezembersitzung hier berichtete, bestätigen. Ich meinte damals, ob vielleicht der Gasstoffwechsel dabei neben anderen Momenten eine Rolle spiele, insofern das Blut der Schwangeren und Kreißenden am Ende der Zeit mehr Sauerstoff enthalte als wie gewöhnlich und von letzterem ja eine Beeinflussung des Gefrierpunktes des Blutes in obigem Sinne erwiesen sei. Von diesen anderen Momenten hat Herr Zangemeister uns nach meiner Meinung in seinem Vortrage ein weiteres kennen gelehrt. Er ging davon aus, daß er in seinen, gemeinsam mit Herrn Meissl ausgeführten Untersuchungen auf dem Wege der Gefrierpunktsbestimmung die geringe molekulare Konzentration des fötalen Urins bestätigen konnte. Das durch ca. 16% fötalen Urins verdünnte Fruchtwasser sei bestrebt, sich mit den mütterlichen Gewebssäften in Ausgleich zu setzen, und so werde die Gefrierpunktsveränderung des mütterlichen Blutes, von der er sich auch überzeugen konnte, veranlaßt. Zu einer Übereinstimmung kommt es aber niemals, denn es bleiben immer erhebliche Differenzen zwischen beiden Flüssigkeiten bestehen. Der Ausgleich ist also ein unvollkommener und auch wohl ein langsamer[1]. Herr Zangemeister spricht dabei nur von den Beziehungen zwischen Fruchtwasser und mütterlichem Blute, und deshalb möchte ich hinzufügen, daß, wie ich mir sehr gut vorstellen kann, die fötale Fläche der Placenta mit ihren dicht unter den Eihäuten liegenden weit verzweigten kindlichen Bahnen noch eher eine Rolle spielt, so daß also auch indirekt das mütterliche Blut beeinflußt würde. Widersprechen muß ich aber Herrn Zangemeister darin, daß nach seiner Meinung in der geschilderten Weise ausschließlich oder zum größten Teile die Veränderung des Gefrierpunktes des Blutes gegen Ende der Schwangerschaft und unter der Geburt zustande kommt. Ich möchte da einen Fall ins Feld führen, in welchem ich bei einer Kreißenden am Ende der Zeit den Gefrierpunkt des Blutes mit — 0,502 bestimmte, und in welchem das Kind bereits ca. 14 Tage abgestorben war. Wenn also der fötale Urin auf dem Wege durch das Fruchtwasser einen solchen ausschließlichen oder doch vorwiegenden Einfluß ausübte, so hätte in der Zeit seit dem Absterben des Kindes das mütterliche Blut sich dem normalen Gefrierpunkt von — 0,560 zum mindesten wieder nähern müssen, wiewohl ich gern zugebe, daß eine Beobachtung noch nicht alles beweist. Jedenfalls sind die vorgetragenen Untersuchungen als ein weiterer Schritt, in dies schwer zu ergründende Gebiet vorzudringen, freudig zu begrüßen und ich glaube, daß nur durch solche Detailarbeit einer so komplizierten Frage, wie sie nach meiner Meinung hier vorliegt, beizukommen ist.

---

516. Sitzung vom 20. April 1903.

Vorsitzender: Herr Zweifel; Schriftführer: Herr Bretschneider i. V.

I. Herr Zweifel: Über Prolapspessarien.

Sie haben in der Februar-Sitzung von Herrn Menge eine Besprechung gehört über Prolapspessarien, welche ausnahmsweise auch heute immer noch nötig sind, wo man Pat. aus irgend welchen Gründen nicht operieren kann und sie selbst nicht imstande sind ein Breslau'sches Pessar zu legen und zu entfernen. Wir haben in solchen Fällen die E. Martin'schen oder Löhlein'schen Pessarien angewendet. Doch wenn wir auch in Beziehung auf den Halt zufrieden waren, so

[1] Das würde zu den Untersuchungen stimmen, die Veit über die Durchlässigkeit der Eihäute anstellte, insofern er fand, daß dieselben am Ende der Schwangerschaft dem Charakter einer dialytischen Membran, aber nur in beschränktem Sinne, entsprechen. Untersuchungen über den osmotischen Druck zwischen Mutter und Kind. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1900. Bd. XLII. p. 325.

machte sich doch oft, insbesondere bei älteren Frauen, der Übelstand bemerkbar, daß deren Entfernung recht schmerzhaft war. Runde Ringe sind leichter einzulegen und zu entfernen, fallen jedoch auch regelmäßig beim Pressen von selbst heraus. Ein Stiel oder Bügel ist notwendig, wenn die Prolapspessarien der Bauchpresse Stand halten sollen, und die Schmerzen beim Entfernen sind zu umgehen, wenn der Stiel oder Bügel vor der Herausnahme des Ringes entfernt werden kann; denn das macht die Schmerzen, daß man den Ring nicht drehen und mit seinem großen Durchmesser in die Rima pudendi einstellen kann.

Deswegen habe ich mit dem früheren technischen Leiter der Firma Alexander Schädel seit langem Versuche gemacht, einen beweglichen bezw. umklappbaren Stiel oder Bügel anzubringen, und bin in Verfolg dieses Gedankens auf den Vorschlag eines abschraubbaren Stiftes gelangt. Beim Auftraggeben dieses letzteren Modells, welches sie vor sich sehen, bemerkte mir der Vertreter der Firma, daß Herr Prof. Menge einen solchen Stiel mit Bajonnetteinsatz ebenfalls bestellt habe.



Bei dem nach meinen Angaben verfertigten Pessar ist der Stift ein- und abschraubbar und soll das Pessar mitsamt dem Stift eingesetzt werden, weil das Einsetzen nicht so schmerzhaft ist wie das Entfernen. Beim Herausnehmen wird an den Stift, der zu diesem Zwecke vierkantig ist, eine Kornzange oder ein Tupferhalter gelegt und mittels desselben so lange die Schraube rückwärts gedreht, bis der Stift allein herauskommt. Dann kann ein Finger zwischen den Ring und den queren Bügel eingesetzt, der Ring in die Saggitalebene gedreht und mit größter Leichtigkeit entfernt werden. Die Durchmesser betragen für die einzelnen Nummern 7 cm, 6 cm und 5 cm und sind zu beziehen von der Firma Alexander Schädel in Leipzig.

II. Herr Glockner: Über sekundäres Ovarialkarzinom.

Die Auffassung der sogenannten multiplen Primärkarzinome hat in den letzten zwei Jahrzehnten erhebliche Wandlungen erfahren. Während man früher geneigt war, beim Vorhandensein von Karzinomen verschiedener Organe eo ipso ein Abhängigkeitsverhältnis derselben anzunehmen, sind heute viele Autoren der Ansicht, daß es sich in solchen Fällen, ganz besonders bei dem neben Krebs anderer Organe bestehenden Ovarialkarzinom, um eine »Disposition des Individuums zu Geschwulstentwicklungen« handle (Pfannenstiel), und daß diese Fälle multiple Primärkarzinome darstellten.

Schlagenhaufer hat im vergangenen Jahre an der Hand eines umfangreichen eigenen kasuistischen Materials und eingehender Literaturzusammenstellungen nachzuweisen versucht, daß diese Ansicht unrichtig und das Vorkommen des metastatischen Ovarialkarzinoms durchaus kein so seltenes sei, als bislang angenommen wurde.

Wir haben in den letzten Jahren in der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig Gelegenheit gehabt, acht derartige Fälle zu beobachten, wozu noch zwei von mir

früher als Assistent des pathologischen Instituts zu Genf genau untersuchte Fälle kommen.

In diesen Fällen bestand außer dem Ovarialkarzinom, welches, mit Ausnahme eines einzigen Falles, doppelseitig war, noch Karzinom des Magens 6mal, des Uterus 2mal, des Darmes und der Mamma (Rezidiv) je 1mal.

Ich bin auf Grund meiner Untersuchung dieser Fälle zu ganz ähnlichen Schlüssen gelangt wie Schlagenhaufer und glaube, daß in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle es sich um ein Abhängigkeitsverhältnis der Tumoren handelt, in dem Sinne, daß die Ovarialkarzinome Metastasen des primären Magen-, Darm- resp. Uteruskarzinoms darstellen.

Maßgebend für diese Auffassung war mir die Häufigkeit eines solchen Befundes, welche nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung aus der Frequenz der Einzelerkrankung sonst nicht erklärt werden könnte, die allgemeinen Erfahrungen der pathologischen Anatomie und die meist sehr große Übereinstimmung des histologischen Bildes der Geschwülste beider Organe.

In einem Falle konnte ich nachweisen, daß sowohl die Ovarialtumoren wie die noch im frühesten Beginne stehende Geschwulstbildung an der Uterusserosa auf Implantation von Krebszellen zurückzuführen sind, doch ist dieser Weg der Metastasenbildung, welcher für das Ovarium zuerst von Kraus nachgewiesen wurde, keineswegs der einzige oder wenigstens für die meisten Fälle in Betracht kommende.

Beim primären Uteruskarzinom, sowie dem Krebs der Bauchorgane, welcher noch nicht bis zur Serosa durchgebrochen ist, kommt dieser Weg nicht in Betracht; hier erfolgt die Metastasenbildung, wenn sie nicht per continuitatem entsteht, am häufigsten wohl durch retrograden Transport im Lymphgefäßsystem.

Die Reichel'sche Hypothese vom Transport der Krebszellen vom Ovarialkarzinom durch das Tubenlumen mit nachfolgender Implantation in die Schleimhaut des Corpus uteri ist bisher nicht bewiesen und auch durch die Beobachtungen Landerer's und Gebhard's nicht genügend gestützt.

Gerade beim primären Uteruskarzinom ist die Metastase durch retrograden Transport, bei den nahen Beziehungen des beiderseitigen Lymphgefäßsystems, am nächstliegenden. Die Ovarien sollen daher bei Uteruskarzinom auch immer mitexstirpiert werden.

Die bisherige Ansicht von der Seltenheit der Ovarialmetastasen läßt sich nach den heute schon zahlreich vorliegenden Beobachtungen nicht mehr aufrecht erhalten. Ein großer Teil der doppelseitigen soliden Ovarialkarzinome, welche bisher als primär angesehen wurden, sowie nicht wenige der sog. Endotheliome sind nichts anderes als Metastasen eines anderen, bei der Operation vielleicht nicht gefundenen karzinomatös erkrankten Organs.

Es muß deshalb bei der Operation eines jeden derartigen Falles auf das Verhalten des Magens, Darmes, der Gallenwege geachtet werden.

Bestehen Genitalblutungen, welche bei malignen Ovarialtumoren (primären wie sekundären) auch ohne maligne Erkrankung der Uterusschleimhaut nichts seltenes sind, wie Vortr. an einer Anzahl von Fällen selbst beobachtet hat, so muß vor der Operation durch Probeabrasio das Bestehen eines Uteruskarzinoms ausgeschlossen werden.

Die prinzipielle Uterusexstirpation bloß wegen der nicht so ganz seltenen Kombination des Uteruskarzinoms mit Eierstockskrebs erscheint nicht genügend begründet und bedeutet eine unverhältnismäßige Vergrößerung des Eingriffes.

Bemerkenswert erscheint die Tatsache, daß das Alter einen Einfluß auf die Entstehung und Entwicklung des sekundären Ovarialkarzinoms zu haben scheint.

Gerade bei jugendlichen Personen tritt dasselbe am häufigsten auf, und bei diesen kommt es zur Bildung besonders umfangreicher Geschwülste.

Interessant war in einem Falle die karzinomatöse Infektion der Lymphgefäße des puerperalen Uterus, welche höchstwahrscheinlich durch retrograden Transport entstanden ist und bisher nur in zwei Fällen von Römer beobachtet wurde.

III. Herr Glockner: Über ein fast ausschließlich aus Schilddrüsengewebe bestehendes Ovarialteratom.
(Ausführlich als Originalmitteilung in dieser Nummer.)

Neueste Literatur.

3) Französische Dissertationen.

1) Céleste Liopet. Die gastrischen Störungen als Folgen von Entzündungen der weiblichen Genitalorgane. Lyon 1901.

Die Statistik zeigt, daß bei unterleibsleidenden Frauen über 90% auch an gastrischen Beschwerden leiden. Die Ursache dafür ist entweder eine rein reflektorische oder eine mechanische. Im ersteren Falle werden durch das Genitalleiden nervöse gastrische Störungen ausgelöst, im zweiten verwächst das große Netz mit dem Peritoneum der entzündeten kleinen Beckenorgane und übt dadurch einen Zug auf die große Kurvatur des Magens aus, wodurch nicht nur eine Senkung derselben entsteht, sondern auch eine Knickung des Zwölffingerdarmes.

Im ersteren Falle soll auf das Allgemeinbefinden eingewirkt werden, im letzteren Falle Trennung der Verwachsungen nach Laparotomie. Selbstverständlich darf in einem solchen Falle nicht drainiert werden.

2) Henri Bertrand. Die totale Hysterektomie im Vergleich zur supravaginalen Amputation. Lyon 1901.

Bezüglich des letzteren Verfahrens wird der intra- und vor allem retroperitonealen Stielversorgung das Wort geredet; als Idealverfahren gilt aber die Totalexstirpation, denn sie bietet die meiste Sicherheit gegen Infektion, sowie Blutungen aus dem Stiele, und verhindert spätere eventuell maligne Neubildungen auf demselben.

3) George Izaac. Geburtshilfliche Studien über den vorderen Beckenbogen. Lyon 1901.

An der Hand vieler Beckenmessungen und zahlreicher Illustrationen gelangt Verf. zu dem Resultate, daß man aus der Krümmung des vorderen Bogens auf die Beckenverhältnisse schließen kann, und findet folgende Zahlen:

Krümmung	7,0 cm,	Querdurchschnitt	13,5 cm	=	abgeplattetes Becken,
»	6,5 »	»	12,8 »	=	normales Becken,
»	5,6 »	»	11,2 »	=	abgeplattetes, allgemein verengtes Becken,
»	5,5 »	»	11,0 »	=	allgemein verengtes Becken,
»	5,0 »	»	10,0 »	=	querverengtes Becken.

Diese Maße sind am skelettierten Becken genommen.

4) Panaghis Frangopoulos. Über die Retention des nachfolgenden Kopfes im Uterus. Lyon 1901.

Bei einer 37jährigen Ipara, welche vor 3 Jahren eine so leichte Frühgeburt hatte, daß nicht einmal die Hilfe der Hebamme nötig war, gelang es dem behandelnden Arzt nach langer Wehentätigkeit bei Steißlage des Kindes den Rumpf zwar zu extrahieren, jedoch riß der Kopf ab. Die Kranke wurde sodann 45 km weit in die Klinik nach Lyon gebracht. Dort wurde ein Uterus bicornis konstatiert. Der Muttermund war schon wieder kontrahiert. Derselbe wurde bis zu vier Finger durchgängig gemacht, doch gelang es trotzdem nicht, den Kopf zu extrahieren, weshalb die Porro'sche Operation ausgeführt wurde, die ohne Folgen für die Mutter verlief.

Anschließend an diese eigene Beobachtung und eine große Reihe von Fällen aus der Literatur kommt der Verf. zu dem Schlusse, daß bei derartigen Erscheinungen und Nichtinfektion der Mutter vaginale Entfernung des Kopfes versucht werden muß. Ist Infektion schon eingetreten, oder im Falle von mißbildeten Uteris, wird zur Hysterektomie geraten.

5) Robert Michard. Die hysterische Brust. Lyon 1902.

Hysterische Merkmale finden sich zwar häufiger an der Brust, z. B. in Form von hyperästhetischen, spasmogenen Zonen, jedoch nehmen sie selten einen besonderen Umfang an. Die vom Verf. citierten 18 Fälle sind daher sehr interessant. Sie alle kennzeichnen sich besonders durch neuralgische Schmerzen, Anschwellungen und Bildung von vasomotorischen Ödemen. Man unterscheidet zwei Formen: a. Den Brustdrüsenschmerz, b. die spezifisch hysterische Brust, welche sich mit und ohne Tumorbildung und mit Ulceration zeigen kann. Häufig zeigen sich auch schwere Blutungen. Therapeutisch soll nur medikamentös und suggestiv eingegriffen werden, keinesfalls operativ.

6) J. Henriot. Die Aktinomykose der Genitalorgane. Lyon 1902.

Die Aktinomykose kann sich an den äußeren und inneren Genitalien entwickeln. Während die erstere verhältnismäßig harmlos ist, ist letztere sehr gefährlich. Unter den zehn von H. zusammengestellten Fällen starben acht und zwei wurden ungeheilt entlassen. Die Aktinomykose entwickelt sich entweder in den Parametrien oder in den Tuben und Eierstöcken. Die Behandlung ist möglichst frühzeitige Operation.

7) Lucien Laroyenne. Über die Krankheitserscheinungen des Douglas'schen Raumes. Lyon 1902.

Die Erkrankungen des Douglas'schen Raumes sind sehr verschiedenartig und gewöhnlich sekundärer Natur. Sie können davon herrühren, daß die verschiedensten Organe, wie Blase, Uterus, Adnexe, Gedärme, sich in denselben lagern und dann durch Entzündungen dort verwachsen. Manchmal bleiben sie jedoch auch beweglich. Durch die Lage des Douglas als tiefsten Punkt des Bauchfells finden sich darin leicht seröse Transsudate, Eiteransammlungen und Blut bei geplatzter Tubargravidität, sowie Aussaat peritonealer Neoplasmen. Sind die Exsudate abgesackt, so ist die Diagnose natürlich viel leichter zu stellen, wie wenn freie Flüssigkeit vorhanden wäre.

8) Georg Reymond. Über die Drainage der Uterushöhle in Gynäkologie und Geburtshilfe. Lyon 1902.

Im Jahre 1897 gab Dr. Planchu in Lyon ein neues Instrument zur Drainage und Ausspülung des Uterus an. Dasselbe besteht aus einer schlingenförmig gebogenen Gummiröhre mit einem langen zuführenden und einem kurzen ableitenden Rohre. An der Schlinge sind zahlreiche Fenster, während am Übergang von der Schlinge zum abführenden Rohre nur noch ein großes Fenster sich befindet. Durch diese Röhren ist es leicht, den Uterus auszuspülen. Eingeführt wird dieser Drain, indem man die Schlinge mit einer Pinzette zusammenhält, über den inneren Muttermund bringt, wo sie dann infolge ihrer Elastizität ihre alte Form wieder annimmt. Drei gute Zeichnungen illustrieren den Bericht.

9) Henry Durant. Über maligne Tumoren der Bauchwand. Lyon 1902.

Obige Erscheinungen zeigen sich mit Ausnahme der Nabeltumoren als primäre Erkrankungen sehr selten, sondern sind meistens Metastasen in der Inguinal- und Cruralgegend von intraabdominellen Karzinomen, die manchmal bis dahin latent geblieben sind und deshalb auch nicht diagnostiziert wurden. Die Therapie muß sich bei primären Bauchwandkrebsen gegen diese, bei sekundären gegen die Primärerkrankung richten.

10) Jean Reure. Über die pubio-manuelle Kompression als Behandlungsmethode der Blutungen nach der Nachgeburtsperiode. Lyon 1902.

Unter diesem Verfahren versteht Verf. folgendes: Man stellt sich an die linke Seite der Frau, geht mit den geschlossenen vier Fingern der rechten Hand zwischen Uterus und Wirbelsäule möglichst weit nach unten, indem man der Hinterwand des Uterus folgt, und drückt dann den letzteren entweder gegen das Schambein oder gegen die auf der Vorderwand des Uterus parallel zum Beckeneingang liegende linke Hand. Diese Methode soll bei mittelstarken, aber hartnäckigen Blutungen sehr gute Resultate ergeben.

11) Charles Stevenel. Abdominalhernien und Schwangerschaft. Lyon 1902.

Während Umbilicalhernien durch die Schwangerschaft häufig erst hervorgerufen oder vorhandene vergrößert werden, gehen die Inguinal- und Cruralhernien bei Gravidität zurück, wenn nicht Verwachsungen des Bruchinhaltes mit dem Bruchsack bestehen. Der gravide Uterus kann durch die Umbilicalbruchpforte und den Inguinalkanal nach außen treten, während Cruralhernien des Uterus nicht bekannt sind.

Therapeutisch wird der Uterus, wenn es geht, reponiert, bei Inguinalhernien Einleitung der Frühgeburt und in späteren Monaten Sectio caesarea.

Ist nur ein gewöhnlicher Bruch, d. h. ohne Teilnahme des Uterus, vorhanden und es treten Einklemmungserscheinungen auf, so ist forzierte Reposition und künstliche Frühgeburt zu verwerfen und es muß die Herniotomie ausgeführt werden.

12) Louis Guisoni. Über Cocaininjektionen in den Arachnoidealraum in der Geburtshilfe. Lyon 1902.

Der Gebrauch von Cocain bei Operationen wird nicht angeraten, da die Wirkungen desselben gegen die des Chloroforms weit abfielen. Dagegen empfiehlt G. diese Methode zur Herabminderung heftiger Schmerzen, hauptsächlich aber zur Erweckung oder Hebung der Wehentätigkeit.

13) Delphin Mazade. Behandlung der Retroflexio uteri durch Verkürzung des Lig. rotundum. Lyon 1902.

Der Verf. beschreibt eine Modifikation der Alexander-Adams'schen Operation bei mobiler Retroflexion durch Prof. Villard in Lyon. Das Verfahren besteht darin, daß ein Bogenschnitt in der Haargegend der Regio pubica von einem Inguinalkanal zum anderen gelegt wird. Die beiderseitigen Ligg. rotunda werden stark hervorgezogen, in der Mitte verknüpft und an der Symphysengegend angenäht. Einige weitere Suturen fixieren das Lig. rotundum am Orif. externum des Leistenkanales. Ein Pessar braucht in der Rekonvaleszenz nicht getragen zu werden. Sechs Heilungen mit zwei nachfolgenden Graviditäten aus den letzten 2 und 3 Jahren unterstützen das Verfahren.

14) Etienne Adji Dimitroff Kovatcheff. Zurückhaltung des Urins beim Kinde als Geburtshindernis. Lille 1901.

Die Ursachen dieser Erscheinung können mechanischer oder nicht mechanischer Art sein. In ersterem Falle können von einem vollständigen Mangel der äußeren Urogenitalorgane bis zu einer verdeckenden Schleimhautfalte am Orif. internum der Blase alle Stadien durchlaufen werden (Atresien der verschiedensten Stellen). Im zweiten Falle lassen sich keine anatomischen Veränderungen konstatieren. Verf. hält diese Formen für angeboren, hervorgerufen durch Lähmung der Blase. Hier kann nach der Geburt die Urinabsonderung beginnen, wodurch das Kind wieder vollständig hergestellt werden kann. Verf. citiert einen Fall, bei dem bis 6 Stunden post partum der Urin tropfenweise abging.

Bei stärkeren Geburtsstörungen und Diagnose der Ursache soll die Blase durch Trokar entleert werden.

Bei derartigen Kindern finden sich häufig auch noch andere Deformationen.

15) Leopold Henri Jordanis. Die Retention der Eihäute und ihre Behandlung nach beendetem Wochenbette. Lille 1901.

Als Ursache derselben wird genannt mangelnde Uterustätigkeit, pathologische Zustände der Decidua, die Bildung einer amnio-chorealen Tasche, das Absterben des Fötus während der Schwangerschaft, fehlerhafter Sitz der Placenta, Kontraktion des Bandl'schen Ringes während der Ausstoßung, sowie fehlerhafte geburtshilfliche Eingriffe, wie Ziehen an der Nabelschnur etc. Ist keine Infektionsgefahr vorhanden, so kann man abwarten, kommt solche in Betracht, so sollen die Eihäute entfernt werden, und zwar entweder manuell oder durch Auswischen des Uterus. Curettage wird nicht empfohlen.

16) M. Bleuzé. Ist die Hysterektomie indiziert bei der Behandlung der akuten puerperalen Infektion? Lille 1902.

Der Verf. steht dieser Frage sehr skeptisch gegenüber und will die Operation nur dann gemacht wissen, wenn alle anderen Mittel (wie Ausspülungen, Curettage mit dem Finger oder der Curette, medikamentöse Behandlung etc.) fehlgeschlagen sind. Auch dann aber ratet er nur zum operativen Eingriff, wenn die Infektion eine allgemeine ist, denn die Resultate sind sehr traurige, in Frankreich 82,6% Mortalität.

17) M. Fauverghe. Die Behandlung der spontanen Perforation des Pyosalpinx in die Blase. Lille 1902.

Es werden drei Behandlungsmethoden vorgeschlagen: a. Dilatation der Urethra Erweiterung der Fistel, Ausspülung und Drainage der Eiterhöhle. Dieser Weg. wird nicht empfohlen wegen der Gefahr bleibender Incontinentia urinae oder Perforation der Pyosalpinx und Infektion des Peritoneums. b. Der vaginale Weg. Diese Operation ist zwar nicht gefährlich, hat auch den Vorteil, daß der Eiter leicht abfließt, jedoch kann es vorkommen, daß man nicht zum Fistelgang gelangt und dessen Behandlung auf einen späteren Eingriff verschieben muß. c. Die Laparotomie, das beste Verfahren, da man dabei nicht nur den Eiterherd vollständig entfernen kann, sondern auch dabei die Fistel zu verschließen vermag.

18) M. Knoll. Behandlung der durch Schwangerschaft komplizierten Ovarialcysten. Lille 1902.

Die Ovariotomie ist in obigem Falle das einzig anzuratende Verfahren, da sie die Ursachen beseitigt und außerdem für Mutter und Kind die relativ besten Resultate ergibt. Wenn möglich, soll sie in den ersten 4—5 Monaten der Schwangerschaft gemacht werden, da dabei Abgänge sehr selten sind, wenn es nicht anders geht, kann auch noch in den späteren Monaten der Gravidität operiert werden, doch muß dabei der Uterus möglichst geschont werden.

19) Joseph Faget. Die utero-vaginalen Atresien. Toulouse 1902.

Als Ursachen dieser Störungen wird in einfachen Fällen bezeichnet: Verklebung der großen Labien, Abwesenheit der Vagina, in komplizierteren doppelte Vagina und Uterus. Bezüglich der Schwere des Falles unterscheidet Verf. zwischen dem gut funktionierenden oder dem atrophischen, überhaupt nicht vorhandenen Uterus. In letzterem Falle können die Ovarien entweder normal sein oder fehlen. Je nach dem Sitze und der Ausdehnung der Atresie muß die Therapie eingeleitet werden. Kommt es zu Blutstauungen hinter der atretischen Stelle, so ist bei einfacher Verklebung Durchtrennung der Gewebsbrücke indiziert. Bei Hämatosalpinx Laparotomie, ebenso bei Uterus bicornis. Um die Frauen geschlechtsfähig zu machen, müssen oft erst neue Vaginen durch plastische Operationen gebildet werden.

20) Madame M. Guès. Über die konservative Behandlung der Adnexerkrankungen. Toulouse 1902.

Verf. steht auf einem absolut ablehnenden Standpunkt betreffs der radikalen Operationen bei Adnexerkrankungen. Man soll erst immer die medikamentöse Behandlung einleiten, wenn diese fehlschlägt, dann Kolpotomie oder Salpingostomie oder Resektion und Ignipunktion des Ovariums. Die Ausführungen der Verf. werden durch das statistische Material unterstützt.

21) Jean de Vessian. Salpingitis und Schwangerschaft. Toulouse 1902.

Bei einseitiger Salpingitis ist Schwangerschaft möglich und übt sogar bei abheilenden Fällen eine günstige Wirkung aus, während sie im Anfangsstadium der Salpingitis durch dieselbe leicht unterbrochen wird. Auch Perforationen ins Peritoneum und daraus resultierende Peritonitis mit Todesfolge kommen vor. Im allgemeinen sei die Behandlung medikamentös, nur im äußersten Falle ist zu chirurgischen Eingriffen zu raten.

22) Albert Mouribot. Beitrag zum Studium des Infantilismus. Toulouse 1902.

Die Ursachen dieser Erscheinung sieht Verf., außer Fehlen oder Verletzungen der Schilddrüse, in der Vererbung an Kinder tuberkulöser, syphilitischer oder trunksüchtiger Eltern. Ferner in Erkrankungen der Milz und der Leber, sowie in solchen der Ovarien. Als Therapie empfiehlt sich zuerst eine Schilddrüsentablettenkur, die bei anderen Ursachen, wie das Fehlen der Thyreoidea, natürlich dementsprechend sein soll; z. B. bei Luetikern antiluetisch etc.

23) Louis Boudreau. Die circuläre Abreißung des Uterushalses während der Geburt. Toulouse 1902.

An sieben Fällen wird nachgewiesen, daß obige Erscheinung bei guter Antiseptik ohne nachteilige Folgen für die Mutter verlaufen kann. Als erstes Anzeichen wird das Ödem hervorgehoben und ist bei allen solchen Fällen die Geburt sorgfältig zu überwachen. Als Grundursache der Erscheinung wird zu schwache Wehentätigkeit und zu geringe bleibende Ausdehnung des Muttermundes bezeichnet. Mikroskopisch läßt sich am Gewebe selbst keine pathologische Veränderung erkennen, mit Ausnahme von Blutergüssen und ödematöser Durchtränkung. Die abgesprengte Partie soll mit der Schere abgetragen werden.

24) Raymond Gilles. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der geburtshilflichen Klinik zu Toulouse. Toulouse 1902.

Es handelt sich um die Hervorhebung der Vorzüge eines neuen Instrumentes, welches Prof. Crouzat in Toulouse zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt anwendet. Dasselbe besteht aus einem Metallinstrument, ähnlich dem Müller-schen Instrumente, zur raschen Erweiterung des Muttermundes, das mit seinen vorderen Branchen bis über den inneren Muttermund vorgeschoben wird. Es ist armiert mit je einer Bougie, die in entgegengesetzten Richtungen zwischen Uteruswand und Eihäute eingeführt werden. Die nach außen gerichteten Handgriffe werden mit einem starken Kautschukring versehen, so daß zum Reiz der liegenden Bougies die ständige Dehnung des Muttermundes kommt. Nach 5—6 Stunden ist das Instrument zu entfernen. Zur Einführung des »Handschuhweiters« ist eine Narkose nicht nötig. Die Wehen traten in mehr als der Hälfte der Fälle nach einer Stunde ein, bei einem Falle jedoch erst nach $8^1/_2$ Stunden. Bis zur Ausstoßung des Kindes vergingen in 17 vom Verf. geschilderten Fällen 8—49 Stunden. Einige gute Zeichnungen erleichtern das Verständnis des neuen Instrumentes.

25) Cyprien Calvet. Wirkung der Cocaininjektionen in den Arachnoidealraum auf die Zusammenziehung des Uterus. Toulouse 1901.

Verf. schildert an drei Fällen aus der geburtshilflichen Klinik zu Toulouse die Wirkung, welche obiges Verfahren auf die Wehentätigkeit ausübte. Man gab 1 ccm einer 2%igen Cocainlösung. Diese Einspritzungen sind nicht geeignet, Wehen herbeizuführen, doch erleichtern sie durch die Unempfindlichkeit, die sie herbeiführen, die geburtshilfliche Tätigkeit beträchtlich. In allen Fällen traten kurz nach der Injektion erhöhter Puls, Brechreiz, Trockenheit im Halse und Schluckbeschwerden ein, doch erholten sich die Pat. stets rasch wieder.

26) Adolphe Oulié. Die chirurgische Behandlung des Brustkrebses. Toulouse 1901.

Die Resultate bei Operationen des Brustkrebses haben sich durch die Einführung der sog. amerikanische Methode (Hallsted-Meyer) in den letzten Jahren bedeutend verbessert. Während früher die Sterblichkeit bei der Operation 17% betrug, ist dieselbe jetzt auf 0,4% gesunken. Die Residive stellen sich nicht nur bedeutend später ein, sondern sind auch von 66% auf 25% gefallen. Die Fälle, in denen sich der Krebs in den ersten 3 Jahren nicht wiederholt hat, sind von 10% auf 40% gestiegen. Die sog. amerikanische Methode besteht darin, daß nicht nur die ganze Drüse, sondern auch die Muskulatur, das Fettgewebe, die Achsel- und die Supraclaviculardrüsen mit entfernt werden.

27) Albert Auguste Frühinsholz. Die Gonorhoe in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft und Wochenbett. Nancy 1902.

An der Hand sehr ausgedehnter Beobachtungen bespricht der Verf. den schädlichen Einfluß der Gonorrhoe auf die schwangere Frau und das Wochenbett. Er betont, daß die Gravidität häufig verschlimmernd auf diese Erkrankung einwirkt, indem sie die latente manifest oder eine manifeste ascendierend macht. Frühgeburten werden dadurch häufig herbeigeführt. Eine Gegenwirkung im ausgiebigen Maße ist schwer auszuführen, da durch die Schwangerschaft die Cervicalgegend sehr geschont werden muß. Im Wochenbett tritt häufig Fieber auf, sei es, daß es nur kurz anhält und gutartig ist, oder in schweren Formen auftritt. Doch ist trotzdem die Mortalität eine geringe.

28) François Antoine Camille Schmitt. Beitrag zum Studium der spontanen Uterusrupturen während der Wehen und der Geburt. Nancy 1902.

Die Statistik erstreckt sich über 275 Fälle aus der Gesamtliteratur mit besonderer Betonung der Klien'schen Arbeit. Auf diese kommt der Verf. auch in jedem Kapitel zurück und macht dessen Ausführungen zu den seinen, indem er sich ebenfalls auf den Standpunkt stellt, daß nur dann operiert werden soll, wenn man kein anderes Mittel weiß zum Aufhalten der Blutung oder wenn bei in die Bauchhöhle ausgetretenem Kinde dasselbe sich auf natürlichem Wege nicht entfernen läßt. Sonst ratet er zur Drainage mittels Gummidrain. In letzterem Falle sind 48% geheilt unter 49 drainierten Fällen.

Von seinen 275 Fällen sind 137 gestorben und 138 geheilt.

Die Prognose der Operation verschlechtert sich bedeutend, wenn die Pat. noch einen Transport zu überstehen hat und je später nach Eintreten der Ruptur eingegriffen wird. Bei ernsten Blutungen gibt die Laparotomie die besten Resultate, 58% Heilungen gegen 46% Tote.

G. Wiener (München, Bad Kohlgrub).

Geburtshilfliches.

4) J. Phillips und F. F. Burghard (London). Fall von Zerreißung der Scheide bei der Geburt.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1902. Mai.)

Erst nach Geburt des Kindes traf der Arzt ein, welcher, da starke Blutung bestand, zur Entfernung der Nachgeburt die Hand einführte und hierbei starke Zerreißungen der Scheide feststellte. Beim Entfernen der Placenta folgte ein etwa 18 Zoll langes Stück Dünndarm. Es wurde kein Versuch gemacht, dasselbe zurückzubringen; 3 Tage später stieß sich die Darmschlinge ab und die Entleerungen gingen durch die Scheide ab. 10 Wochen später erfolgte normaler Stuhlgang per rectum, nur ein kleiner Teil dünner Fäces entleerte sich durch die Scheide.

Bei der Operation fand sich, daß die beiden Enden des Dünndarmes in eine hühnereigroße Höhle mündeten, welche zwei weitere Ausgänge zeigte, einen schmalen in die Scheide und einen verhältnismäßig großen in das Coecum. Hierdurch erklärt sich der freie Abgang der Fäkalmassen durch den Mastdarm. Die verwachsenen Darmmassen wurden frei präpariert und Dünndarm mit Dickdarm vereinigt. Die Lösung der Verwachsungen war sehr schwierig und nahm sehr viel Zeit in Anspruch. Starker Kollaps, schließlich glatte Heilung mit gutem Resultate. **Engelmann** (Kreuznach).

5) R. Jardine. Herzaffektionen in Schwangerschaft und Geburt.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1902. April.)

J. bemängelt, daß in den meisten Lehrbüchern über diesen Gegenstand wenig zu finden ist, trotzdem derselbe doch recht häufig zur Beobachtung gelangt. So hat er selbst vor kurzer Zeit 7 Fälle während eines Monates gesehen.

J. berichtet über 13 Fälle, die die verschiedensten Herzfehler repräsentieren. Im allgemeinen wird die Mortalität auf 50% angegeben. Dies ist nach J.'s Erfahrung viel zu hoch, vorausgesetzt, daß die Komplikation früh genug erkannt wird und die Leitung der Geburt eine richtige ist. J. hat nur einen Fall verloren. Die Behandlung besteht in Stärkung des Herzmuskels, Strophantus wird warm empfohlen, besonders auch bei Beginn der Geburt, letztere ist möglichst rasch künstlich zu beendigen. Chloroform ist nicht zu scheuen, es wird ausnahmslos gut vertragen. In der dritten Geburtsperiode soll die Blutung befördert werden. Gelingt dies nicht, so ist selbst eine Venaesektion am Platze.

Engelmann (Kreuznach).

6) A. Schüller (Wien). Drei Fälle von Entbindungslähmung am Arme. Bemerkungen über die Beziehung dieser Lähmungsform zum angeborenen Schiefhals.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902. Nr. 37.)

1. Fall: Beckenendlage, Manualhilfe. Caput obstipum dextrum. Typische Duchenne-Erb'sche Plexuslähmung des rechten Armes. Beobachtungsdauer von $2^1/_2$ Jahren. Die Geburt war mittels Manualhilfe beendet worden und sofort nach der Entbindung eine Lähmung des rechten Armes konstatiert worden.

2. Fall: Entbindung mit der Zange, Anwendung des Braun'schen Hakens zur Entwicklung der Schultern; atypische Plexuslähmung des rechten Armes. Alter 5 Wochen. Die Entbindung war sehr schwierig gewesen; allgemein gleichmäßig verengtes Becken, tiefer Querstand; wegen außerordentlicher Schwierigkeiten bei der Schulterentwicklung wurde der rechte Arm mit dem Schlüsselhaken gelöst. Die von der Lähmung betroffenen Muskeln sind der Deltoideus, die Auswärtsroller des Oberarmes, die Beuger des Ellbogengelenkes, der Supinator und die M. extensores carpi radiales. Die Annahme, daß durch den direkten Druck des Hakens die Lähmung verursacht wurde, erweist sich als unhaltbar, da die in der Achselhöhle einem Drucke ausgesetzten Nervenstämme unversehrt sind. Es muß vielmehr der Angriffspunkt des Traumas in die Fossa supraclavicularis verlegt werden, so daß entweder eine Zerrung des Plexus brachialis durch die Traktionen am Kopfe oder durch die am Schultergürtel mit dem Haken vorgenommenen Manipulationen angenommen werden muß.

3. Fall: Zangengeburt; Caput obstipum sinistrum. Ausgedehnte Plexuslähmung des linken Armes. Oculo-pupilläre Symptome am linken Auge. 53 Tage altes Kind. Nach der Entwicklung des Schädels (II. Position) durch Zange durch 20 Minuten dauernde Anstrengung, um die Schultern zu entwickeln; endlich gelingt es, durch Einhaken die fest gegen die Symphyse gestemmte linke Schulter zu entwickeln; das Kind wog $5^1/_2$ kg. Es handelt sich hier um eine sehr ausgedehnte, gleich nach der Geburt vorhandene, schlaffe, zu elektrischer Unerregbarkeit führende Armlähmung, welche alle Muskeln des linken Armes, ausgenommen den Triceps, die Muskeln an der Beugeseite des Vorderarmes und die kleinen Handmuskeln betrifft; außerdem sind die Sympathicusfasern des linken Auges geschädigt. Auch hier wird die Schuld den Manipulationen bei der Armlösung gegeben; möglicherweise ist der Sympathicus durch direkten Druck am Halse geschädigt.

Auffallend ist, daß in Fall 2 und 3 die Erregbarkeit so früh verschwand; offenbar degeneriert der kindliche Muskel sehr rasch. Vom prognostischen Standpunkt aus sind alle drei Fälle als schwere zu bezeichnen.

Es ist sicher, daß in Fall 1 und 3 das Zusammentreffen des Caput obstipum mit Armlähmung derselben Seite kein zufälliges ist. Hält man an der traumatischen Genese des Caput obstipum fest, so wird man annehmen, daß die schwere Entbindung einerseits eine Zerreißung des Kopfnickers, andererseits eine Zerrung des Plexus gesetzt hat. Schließt man sich der Auffassung an, daß das Caput obstipum eine intra-uterin entstandene Belastungsdifformität darstellt, so dürfte ihm eine prädisponierende Rolle bei der Entstehung der Entbindungslähmungen

zukommen. Wenn man erwägt, daß bei symmetrischer Haltung des Schädels eine Neigung desselben um 30° während der Entbindung hinreicht, um eine Zerrung hervorzurufen, so wird man zugeben, daß bei bestehendem Caput obstipum schon die Geradstellung des Kopfes genügen kann, um eine Zerrung des Plexus brachialis zu erzeugen. **Keitler** (Wien).

7) **Krönig** (Leipzig). **Geburtsleitung bei engem Becken.**

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 32.)

Auf Grund seiner Untersuchungen und großen Materiales kommt K. zu dem Schlusse, daß die zur Verbesserung der Prognose für Mutter und Kind angegebenen Operationen (die künstliche Frühgeburt, die prophylaktische Wendung und die hohe Zange) nicht imstande sind, die auf sie gesetzte Hoffnung zu erfüllen, sondern es bleiben, wenn man nicht ruhig exspektativ verfahren und die Kranioklasie des lebenden Kindes bei Gefahr der Mutter ausführen will, nur die Symphyseotomie und der Kaiserschnitt zur Besserung der Prognose des Kindes übrig.

Während die Symphyseotomie den Vorteil der striktesten Indikationsstellung für sich hat und zugleich bei ihr durch die Dehnungsfähigkeit der Narbe spontane Ausstoßung des Kindes bei nachfolgenden Geburten zu erwarten ist, stellt sie dem Kaiserschnitte gegenüber die bei weitem schwerere Operation dar, und garantiert nicht mit Sicherheit ein lebendes Kind; in Betracht kommt sie nur bei Beckenverengerungen über 6,5 C. v. Die Frage, ob die Gebärende diese beiden Operationen, da sie noch eine Mortalität von ca. 2% haben, bei lebendem Kinde zu ihren Gunsten ablehnen darf, wird verschieden beantwortet, je nachdem das Recht des Kindes auf Leben eingeschätzt wird. Der Rechtsstandpunkt über Tötung der Frucht ist ein sehr unsicherer; Kossmann führt an, daß der Arzt stets verurteilt werden kann sowohl wegen Mordes, wenn er die Kranioklasie des lebenden Kindes ausführt, als auch wegen Totschlages, wenn die Frau nach ausgeführter Symphyseotomie oder Kaiserschnitt, die ohne Einwilligung vollzogen, stirbt. — Vom ethischen Standpunkte aus dürften bei der Verbesserung ihrer Mortalitätsstatistik Kaiserschnitt und Symphyseotomie zur Rettung des Kindes häufiger ausgeführt werden. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

8) **Bamberger** (Kronach). **Ein Fall von Cervixkarzinom als Geburtshindernis am normalen Schwangerschaftsende.**

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 31.)

Befund bei Eintreffen des Arztes: 36jährige VIIpara, seit 5 Tagen kreißend, vorzeitiger Blasensprung; Abgang geringer übelriechender Blutmengen; äußerer Muttermund für einen Finger durchgängig; exulceriertes, von der rechten Cervicalwand ausgehendes Karzinom, das den größten Teil der Portio mit ergriffen hatte. I. Schädellage, Kopf dem Tumor fest aufliegend; Puls 120, Temperatur 38,1, Dyspnoë, Sepsis. Nach Anbringung mehrerer tiefer supra- und infravaginaler Inzisionen linkerseits und solcher auch in den Tumor der rechten Cervicalwand Wendung auf die Füße, Extraktion eines ausgetragenen, kräftig schreienden Mädchens. Keine nennenswerte Blutung bei Anbringung der Inzisionen; Credé; Tamponade der Inzisionen, am 3. Tage Exitus an septischer Peritonitis.

In der an die Krankengeschichte sich anschließenden Betrachtung hält Verf. die hier eingeschlagene Therapie für die zweckmäßigste; in einem zweiten Falle würde er nur die ulcerierte Stelle mit dem Thermokauter gehörig verschorfen und die Inzision eventuell mit dem schneidenden Pacquelin machen, denn die vorgenommenen Lysolspülungen garantieren keine genügende Desinfektion des zerfallenen Karzinoms. Infolge der weiten Entfernung konnten aber die betreffenden Instrumente nicht herbeigeschafft werden. **R. Müller** (Markdorf a/Bodensee).

9) **E. Diviani** (Pavia). **Die Scheiden-Dammplastiken bei Prolaps in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft und Geburt.**

(Ann. di ost. e gin. 1902. Februar.)

Verf. untersucht die Frage, ob die so vielfach zur Heilung von Prolapsen vorgenommenen plastischen Operationen an Scheide und Damm einen irgendwie

ungünstigen Einfluß auf spätere Schwangerschaften und Geburten ausüben, ob sie zu Abort disponieren, ob sie die Geburt erschweren und ob sie die Ursache besonderer Komplikationen (insbesondere größerer Verletzungen) darstellen; ebenso wird umgekehrt die Frage aufgeworfen, ob spätere Geburten einen wesentlichen Grund zu Rezidiven des Vorfalles abgeben. Der Autor stützt sich hierbei, abgesehen von den relativ spärlichen Berichten in der Literatur, hauptsächlich auf 16 Fälle aus der Frauenklinik in Pavia (Prof. Mangiagalli); fünf von diesen wurden in der Klinik sowohl wegen ihres Prolapses operiert als auch später entbunden, die übrigen kamen zu Hause nieder. Das bei der operativen Behandlung größerer Prolapse in Anwendung kommende Verfahren, wie es in der genannten Klinik üblich war, bestand aus drei Teilen: Amputation der (wenn hypertrophischen) Portio, vordere Kolporrhaphie, Kolpoperineorrhaphie (nach Hegar). Die Form und Größe der exzidierten Lappen war die typische; nur die Schnittführung war insofern eine andere, als sie in der Medianlinie vorgenommen wurde (bei der Kolpoperineorrhaphie wurde außerdem noch ein bogenförmiger, der hinteren Kommissur entsprechender Schnitt hinzugefügt, so daß eine Art ankerförmiger Figur entstand). Die Schleimhautlappen wurden von der Mittellinie aus teils mit dem Messer, teils stumpf abgelöst, und schließlich mit der krummen Schere abgetragen.

Die Untersuchung der oben erwähnten Fragen nach dem Einflusse der plastischen Operationen auf fernere Schwangerschaften und Geburten führte zu einem im ganzen recht günstigen Ergebnis; wenn es auch nicht zu leugnen ist, daß gelegentlich einmal nach einer solchen Operation Aborte eintreten, oder daß es zu etwas erheblicheren Verletzungen intra partum (Scheiden- und Dammrisse) kommt, so sind doch derartige Ereignisse als Ausnahmen zu betrachten, jedenfalls soweit die vorausgegangene Operation ätiologisch in Frage kommt. Im allgemeinen haben die plastischen Operationen keinen wesentlich schädigenden Einfluß auf fernere Schwangerschaften und Geburten; die letzteren pflegen vielmehr völlig normal und glatt zu verlaufen. Auch die Amputation der Portio hat keinen nachteiligen Einfluß auf folgende Schwangerschaften; ob spätere Aborte durch sie hervorgerufen werden, ist mindestens sehr zweifelhaft. Die durch die plastischen Operationen gesetzten Narben sind in der Regel so fein und, zumal in der Schwangerschaft, so nachgiebig, daß sie bei der Geburt keinerlei Hindernis bieten und auch die Gefahr des Zerreißens keine besonders große ist. Ein Rezidiv des Prolapses ist nach Geburten wohl einmal möglich, obwohl andererseits in sehr vielen Fällen die durch die Operation zustande gebrachte Heilung des Vorfalles fernere Geburten überdauert. Im allgemeinen ist eine gut ausgeführte Scheiden-Dammplastik (namentlich die Hegar'sche) als das dauerhafteste und physiologisch richtigste Mittel bei Genitalprolaps zu betrachten. **H. Bartsch** (Heidelberg).

10) Lee (Chicago). Der Gebrauch des Kolpeurynters in der Geburtshilfe.

(Sonderdruck 1901.)

Der Verf. stellt folgende zehn Indikationen für die (vaginale oder intra-uterine) Anwendung des Kolpeurynters auf:

1) Einleitung der Frühgeburt. 2) Beschleunigung der Geburt. 3) Vorbereitung der Teile für rapide Entbindung nach der Symphyseotomie oder Wendung. 4) Stenose und Rigidität der Cervix, der Vagina und des Dammes. 3) Wehenschwäche. 6) Vorzeitiger Blasensprung. 7) Schulterlage und Beckenenge, wenn der Kopf nicht eintritt und die Blase gesprungen ist. 8) Nabelschnurvorfall neben dem Kopf bei nicht erweitertem Muttermunde. 9) Retroflektierter schwangerer Uterus. 10) Placenta praevia. **G. Frickhinger** (München).

11) Schauta. Kaiserschnitt bei Placenta praevia.

(Interstate med. journ. 1902. April.)

S. spricht sich sehr entschieden gegen den von amerikanischer Seite gemachten Vorschlag aus, bei Placenta praevia den Kaiserschnitt auszuführen. Wenn es auf

der einen Seite ganz sicher ist, daß die mütterliche Mortalität durch ein solches Verfahren nicht gebessert wird, ja daß manche Frau, die ausgeblutet zur Operation kommt, dem Verfahren zum Opfer fällt, so ist es andererseits auch höchst unwahrscheinlich, daß für die Kinder bessere Resultate erzielt werden. Handelt es sich doch in der Mehrzahl der Fälle um unreife Kinder, deren ohnedies hohe Sterblichkeit noch steigen wird, da, wo die teilweise Ablösung der Placenta größere oder geringere Asphyxie hervorgerufen hat.

Wenn man weiterhin bedenkt, daß gerade bei Placenta praevia die Statistik eine besonders hohe Zahl unreifer Kinder aufweist, so wird auch die Berechtigung der Sectio caesarea bei dieser schwersten Form der Placenta praevia hinfällig.

Schließlich denke man daran, daß jede Bauchnarbe die Leistungsfähigkeit einer arbeitenden Person erheblich herabsetzt. **G. Frickhinger** (München).

12) **Sippel.** Über Eklampsie und die Bedeutung der Harnleiterkompression.

(Graefe's Sammlung zwangloser Abhandlungen Bd. IV. Hft. 8.)

Wenn man annimmt, daß es sich bei der Eklampsie um mangelhafte Ausscheidung von jeder Schwangerschaft eigentümlichen Stoffen handele, ist man gezwungen, in jedem einzelnen Falle von Eklampsie den strikten Nachweis einer tatsächlich vorhandenen Hemmung der Ausscheidungsvorgänge zu bringen. Können wir den Beweis einer verminderten Ausscheidung nicht bringen, so müssen wir die Giftbildung als eine abnorme, in anderen Schwangerschaften nicht vorhandene ansehen. Es gibt aber nur zwei Zustände, die mit unzweifelhafter Sicherheit eine Störung in dem Ausscheidungsprozeß hervorrufen: eine Erkrankung des sekretorischen Nierengewebes selbst und zweitens eine mechanische Behinderung des Abflusses des Nierensekretes. Das Krankheitsbild, welches eine Ureterenkompression in der Schwangerschaft hervorruft, ist ein ganz charakteristisches. Es treten Schmerzen in der betroffenen Seite des Unterleibes auf, die in der Regel am stärksten in der Gegend der Druckstelle selbst sind, aber bald nach oben und hinten entsprechend dem Verlaufe des Ureters und der Nierengegend fortschreiten. Haben die Schmerzen, welche sehr intensiv sein können, eine gewisse Stärke erreicht, tritt früher oder später ein ziemlich plötzlicher Nachlaß ein; die Spannung im Ureter hat das Hindernis überwunden und der Urin entleert sich. Diese Stauungen können auch mit Frost und hohem Fieber einsetzen. Häufig verschwinden die Schmerzen binnen wenigen Minuten, wenn man eine vorn übergeneigte, den Schmerzen entgegengesetzte Seitenlage einnehmen läßt. Verf. ließ zwei Sektionen von verstorbenen Eklamptischen machen, bei denen der einzige pathologische Befund die erweiterten Ureteren waren, die mikroskopische Untersuchung von Leber und Nieren ergab völlig normale Verhältnisse. Der Umstand, daß meist der eine Ureter mehr dilatiert ist als der andere, legt die Annahme nahe, daß erst längere Zeit nur der eine komprimiert wurde; als dann auch der zweite verlegt wurde, war die Eklampsie da. v. Braun hat schon eine Statistik von 81 Sektionsfällen gegeben. In 63 von diesen fanden sich ausgesprochene Veränderungen des Nierengewebes, in den übrig bleibenden 18 Fällen wurde beiderseitige Ureterenkompression nachgewiesen. **Witthauer** (Halle a/S.).

13) **A. Keller.** Zur Behandlung des Abortes mit besonderer Berücksichtigung der Narkose.

(Therapeutische Monatshefte 1902. Oktober.)

Im allgemeinen kann man daran festhalten, daß bei Graviditäten bis zur 6.—8. Woche die Ausräumung mit der Curette genügt, während in den späteren Monaten die digitale Ausräumung der Eireste erforderlich ist. Die letztere ist in Narkose auszuführen, und zwar am besten in Äthernarkose, welche an sich ungefährlich, sehr einfach auszuführen und nur bei schweren Fehlern der Atmungsorgane kontraindiziert ist. Als Maske kann man sich einer selbstgefertigten Pappdüte bedienen, die aus starkem Materiale hergestellt, mit Billrothbattist über-

zogen und innen mit reichlicher Watte locker ausgestopft ist. Die Hauptsache ist, daß sie Mund und Nase gut verdeckt und nicht zu viel Äther verdunsten läßt. In die Maske gießt man 25—30 g Äther, tropft dieselbe ab und hält sie zuerst ganz leicht und nicht zu dicht dem Gesicht der Pat. vor. Allmählich nähert man die Maske dem Gesicht und legt ein Handtuch um, welches den Rand der Maske gut abschließt und womöglich dieselbe noch bedeckt. Kommt es zur Exzitation, so müssen ca. 15—20 g Äther nachgegossen werden. Letzteres muß in Zwischenräumen von einigen Minuten solange geschehen, bis die Pat. eingeschlafen und tiefe Betäubung erreicht ist. Dann kann man ruhig 5 Minuten und länger warten, bis man wieder Äther aufgießt und braucht dann ein noch geringeres Quantum als bei der zweiten Dosis. Das Aufgießen neuen Äthers erfolgt, falls die Pat. reagiert. Man braucht nur auf die Atmung zu achten und kann die Narkose ruhig einem Heilgehilfen oder der Hebamme überlassen. Die auftretende Blaufärbung des Gesichtes, Trachealrasseln und Schweißausbruch sind unbedenklich.

Zur Curettage genügt oft eine Halbnarkose. **Witthauer** (Halle a/S.).

14) **N. Raw** (Liverpool). Zweimaliger Kaiserschnitt und Embryotomie bei derselben Kranken.

(Journ. obstetr. gyn. brit. empire 1902. Mai.)

Bei der 24jährigen Ipara betrug die Conj. vera $2^1/_3$ Zoll. Erster Kaiserschnitt Februar 1900. Pat. lehnt Entfernung der Eierstöcke ab. Das Jahr zuvor war Embryotomie ausgeführt worden an dem lebenden ausgetragenen Kinde. Am 13. November 1901 wurde der Kaiserschnitt zum zweiten Male gemacht und diesmal die Anhänge entfernt. **Engelmann** (Kreuznach).

15) **Jungeboldt** (Volkmarsen). Kaiserschnitt an einer plötzlich verstorbenen Schwangeren mit Extraktion eines lebenden, gesunden Kindes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 36.)

Verf. berichtet über einen Kaiserschnitt, bei dem 17 Minuten nach dem Exitus ein zwar stark asphyktisches, aber nach 20 Minuten Wiederbelebungsversuchen zum Leben gebrachtes Kind erzielt wurde. **Weisswange** (Dresden).

16) **Zanke** (Gollautsch). Perforation oder Kaiserschnitt?

(Deutsche med. Wochenschrift 1902. Nr. 29.)

17) **Elschner** (Duhringshof). Perforation oder Kaiserschnitt?

(Ibid. Nr. 33.)

Beide Verff. empfehlen an der Hand praktischer Erfahrungen bei hochgradig verengtem Becken, wenn der Kaiserschnitt nicht möglich ist, den vorliegenden Kopf zu perforieren, dann zu wenden und zu extrahieren.

Weisswange (Dresden).

18) **A. Scheib** (Prag). Sectio caesarea conservativa mit gleichzeitiger Myomektomie.

(Prager med. Wochenschrift 1902. Nr. 35, 37 u. 39.)

Die gediegene Arbeit bringt einen Überblick über die Ansichten der neueren Autoren bezüglich des Vorgehens bei Gravidität mit Myombildung. In Bezug auf das operative Vorgehen — nur indiziert bei unerträglichen Beschwerden oder bedrohlichen Symptomen — findet S. in Fortsetzung der Thumim'sche Statistik[1] für den konservativen Kaiserschnitt mit Belassen der Tumoren bei 26 Fällen mit 15 Todesfällen eine Mortalität von 57,6%, für die Porrooperation bei 49 Fällen

[1] Vgl. Zentralblatt für Gynäkologie 1902. p. 105.

mit 6 Todesfällen (ungünstig, weil bei 5 Fällen noch extraperitoneale Stielversorgung) eine Mortalität von 12,2%, bei der noch wenig geübten Totalexstirpation mit vorheriger Sectio caesarea bei 14 Fällen mit 1 Todesfalle eine Mortalität von 7,1%. Gegenüber der supravaginalen Amputation bietet die Totalexstirpation in der allerdings kleinen Statistik bessere Resultate durch ihre Vorzüge: die Möglichkeit der freien Drainage, den Wegfall von Stieleiterung und spätere maligner Stielerkrankung, wenn auch nach Olshausen die Schwierigkeiten dieser Operation durch die Gravidität gesteigert sind. Die supravaginale Amputation ist nur möglich, wenn ein normaler Stumpf, d. h. frei von Myomknoten und vorangegangener Infektion zurückgelassen werden kann. Diese Eingriffe kommen bei multiplen oder einem größeren retro-uterin oder intraligamentär gelegenen Tumor, bei sonstiger Indikation zum Eingriffe in Frage. In geeigneten Fällen kann auch die Enukleation frühzeitig ohne Gefahr der Unterbrechung der Gravidität ausgeführt werden, bei submukösen und nicht zu großen Cervixmyomen vaginal. Treten die das mütterliche Leben bedrohenden Symptome erst bei Lebensfähigkeit des Kindes auf oder stellen die Myome ein absolutes Geburtshindernis dar, so ist die Sectio caesarea indiziert. Sonst wird nach dem heutigen Stande der operativen Technik die Totalexstirpation angeschlossen oder nach Sänger nach Ablauf des Wochenbettes operiert. Beschränken wird man sich auf die Sectio allein nur im Falle der Not, weil durch die stenosierenden Myome Lochiometra mit Sepsis, atonische Nachblutungen, sowie Gangrän der Myome im Wochenbette möglich sind, abgesehen von der Gefahr neuerlicher Gravidität. Liegen aber die Verhältnisse günstig für die Enukleation, so kann durch die bloße Sectio caesarea conservativa der Frau in seltenen Fällen ein funktionstüchtiger Uterus erhalten werden. Solche Fälle hat Thumim 9, Scheib 2 weitere aufgefunden, ferner 1 Fall eigener Beobachtung. Die 38jährige Primipara war nach relativ gut verbrachter Schwangerschaft am normalen Ende durch Sectio caesarea conservativa (Prof. Kleinhans) von einer lebenden Frucht entbunden worden, dabei zeigte sich, daß der kindskopfgroße, das kleine Becken fast bis zur Unwegsamkeit ausfüllende Tumor, der klinisch als Kollummyom imponiert hatte, ein gestieltes, im Douglas fixiertes Korpusmyom war. Abtragung und Enukleation eines walnußgroßen, breitbasig aufsitzenden zweiten Myoms. Heilung.

Der Uterus war mittels queren Fundalschnittes (Fritsch) eröffnet worden, die Blutung war hierbei ebenso groß, wie beim vorderen Schnitte, die rasche Entwicklungsfähigkeit des Kindes und die energische Kontraktion des Uterus waren als Vorzüge dieser Schnittrichtung auch hier zu bemerken. **Piering** (Prag).

19) **Dixon.** Kaiserschnitt.

(Amer. journ. of the med. sciences 1902. August.)

D. führte an derselben Frau mit Kyphoskoliose und engem Becken zweimal den Kaiserschnitt nach Sänger aus, und zwar in einem Zwischenraume von 1½ Jahren, beide Male mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind.

Die Beckenmaße waren: Umfang 75 cm, Abstand der Spinae 26, der Cristae 28, der Trochanteren 25 cm. Rechter schiefer Durchmesser 20, linker 21 cm. Conj. externa 16 cm, Abstand der Schamfuge von dem Steißbeine 8 cm, der Tubera ischii 6 cm.

Bei der zweiten Operation wurden die Tuben zwischen zwei Ligaturen durchschnitten und die Enden mit Peritoneum übernäht, so daß die Möglichkeit ausgeschlossen wurde, daß die Eileiter wieder wegsam werden könnten. Dies geschah, um dem Wunsche der Frau und ihres Ehemannes zu entsprechen, daß Sterilität erzeugt werden möchte. **Lühe** (Königsberg i/Pr.).

20) **A. Boni** (Pisa). **Uterus bicornis unicollis in seinen Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.**

(S.-A. aus der Clinica ostetrica 1901. Fasc. 10—12.)

Drei selbstbeobachtete Fälle von Schwangerschaft bei Uterus bicornis werden ausführlich mitgeteilt; weiterhin folgt eine genaue Zusammenstellung der in der

Literatur beschriebenen Fälle (im ganzen 495 Schwangerschaften bei 210 Frauen). Die drei Fälle des Verf.s betreffen zwei Erstgebärende und eine VIIgravida. In allen drei Fällen wurden die Eihäute manuell entfernt; außerdem traten zweimal Blutungen unter der Geburt ein, einmal bestand Fußlage (Extraktion), einmal kam es zu Endometritis puerperalis. Aus der umfangreichen, von B. mitgeteilten Kasuistik ergibt sich vor allem, daß die verschiedenen Phasen des Fortpflanzungsprozesses bei dem doppelten Uterus (bicornis, arcuatus) einen verhältnismäßig hohen Prozentsatz von Komplikationen aufweisen. Die wichtigsten Ergebnisse sollen hier mitgeteilt werden. Zunächst gibt es relativ viel Aborte und Frühgeburten (144 Fälle in der mitgeteilten Kasuistik, d. h. etwa 1 auf 3,3 Geburten), desgleichen viel Zwillingsschwangerschaften (1 : 42, also etwa doppelt so viel als sonst). Sehr häufig sind die abnormen Kindeslagen, besonders die Beckenendlage (ungefähr halb so oft als die Schädellage) und die Querlage (im ganzen 29mal). Bemerkenswert ist auch der Umstand, daß die Kopflagen häufiger zu Abort oder Frühgeburt führten als die Steißlagen. Unter den Komplikationen der Schwangerschaft steht die Blutung obenan (10mal unter 19); 2mal kam es zur spontanen Uterusruptur. Die Komplikationen intra partum sind noch viel häufiger (im ganzen 155mal). Hier handelt es sich, abgesehen von den durch fehlerhafte Lage des Kindes bedingten Geburtsstörungen, besonders oft um Wehenschwäche, ferner um Asphyxie des Fötus und Vorfall der Nabelschnur, sodann um Blutungen und Uterusruptur (letztere relativ häufig, im ganzen 7mal); dazu kommen noch die Störungen der Nachgeburtsperiode. Das Wochenbett ist ebenfalls ziemlich häufig gestört (25 Fälle). Meistens handelt es sich um Infektion (Peritonitis, Sepsis); unter 19 derartigen Fällen kam es 13mal zum Exitus. Eklampsie kam 3mal im Wochenbette vor, stets mit tödlichem Ausgange. **H. Bartsch** (Heidelberg).

21) **Kober** (Breslau). Zur Frage der Uterusruptur in frühen Monaten der Schwangerschaft.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. Nr. 36.)

Bei einer wegen starker Herzbeschwerden vom behandelnden Arzt vorgenommenen Einleitung des künstlichen Abortus war in einer Sitzung, ohne den Eintritt von Wehen abzuwarten, die Uterushöhle für die Einführung einer schmalen, scharfen Curette dilatiert, die Frucht damit entfernt, zugleich aber auch eine Perforation im Fundus durch die Curette und ein Riß in der Höhe des inneren Muttermundes durch die Dilatierung verursacht worden. Die fortdauernden abundanten Blutungen, die Konstatierung eines retro-uterinen Blutergusses (mit übelriechendem Inhalte) rechtfertigten bei der Größe des Risses und der stark brüchigen Beschaffenheit der Uterusmuskulatur die Totalexstirpation. Am 15. Tage nach dem Eingriffe verließ die Pat. die Anstalt.

Verf. empfiehlt, die Ausräumung eines Abortes nie bevor Wehen eingetreten vorzunehmen; forzierte Dilatation des Uterus ist wegen der Gefahr schwerer Gewebszerreißungen zu unterlassen; statt dessen mag in den frühen Monaten der Schwangerschaft die allmähliche Dilatation durch Laminaria, in den späteren durch Metreuryse Verwendung finden. Sind Wehen vorhanden und genügende Erweiterung eingetreten, aber war die Ausstoßung der Frucht eine nur unvollkommene, dann ist die Verwendung des Doppellöffels empfehlenswert; sollte er sich unwirksam erweisen, dann mag die Curette genommen werden, nur ist der Gebrauch von breiten, stumpfen Instrumenten erforderlich.

R. Müller (Markdorf a/Bodensee).

Originalmitteilungen, Monographien, Separatabdrücke und Büchersendungen wolle man an *Prof. Dr. Heinrich Fritsch* in Bonn oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel* einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig, Nürnbergerstraße 36/38.

i 210 Frau
Ilgravida
tanten vom
ktion, ein
B. mitgeteilt
'ortpflanzung
erhältnissen
en Ergebn
rte und F
3,3 Gebur
olt so vi
Beckenend
ganzen Sc
zu Abor
her Schwa
zur spon
häufige
hlerhaft
hwäche
Blutunge
onen un
iomilie
nitis, fa
kam da
idelberg

en Mut

est vorm
e den Z
ner schon
nch eine
das inn
erenden
es mi i
rk bric
. Tage

einger
chwanr
Monate
iteren
de Ent
Hamme
ich ov
ohne

lame.

d Sit
die Ve

41A
453+



